

寄稿

特集 人をつなぐツール「自分史の樹」

序章 人をつなぐツール「自分史の樹」に寄せて

第1章 人をつなぐツール「自分史の樹」の作成 — ツール作成の経緯とツールの紹介 —

第2章 「自分史の樹」による学生たちの課外活動 — 学生が高齢者と関係性を深めるツールとして —

第3章 人をつなぐツール「自分史の樹」の教育実践報告

第4章 「自分史の樹」の地域集会での実践報告 — 地域集会におけるリーダー育成の可能性を探る —

第5章 「自分史の樹」の高齢者集会での実践報告 — 高齢者の健康増進の一端としての活用可能性を探る —

Special feature. A tool for connecting people, "Tree of My History"

須釜 淳子¹⁾, 多崎 恵子²⁾, 長田 恭子²⁾, 横川 正美²⁾
稲垣 美智子²⁾, 天野 良平²⁾, 平子 紘平³⁾

Junko Sugama¹⁾, Keiko Tasaki²⁾, Kyoko Nagata²⁾, Masami Yokokawa²⁾
Michiko Inagaki²⁾, Ryohei Amano²⁾, Kohei Hirako³⁾

¹⁾ 金沢大学新学術創成研究機構, ²⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系
³⁾ 金沢大学先端科学・社会共創推進機構

¹⁾ Institute for Frontier Science Initiative, Kanazawa University

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

³⁾ Institute for Frontier Science and Social Co-creation initiative, Kanazawa University

キーワード

高齢者, 地域包括ケア, コミュニケーション方法, 学生教育, 聞き書き

Key words

elderly, community-based integrated care, communication method
education for university students, narrative interview and making booklet

連絡先: 須釜 淳子

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

序章 人をつなぐツール「自分史の樹」に寄せて

須釜 淳子

「自分史の樹」プロジェクトについて

金沢大学では、平成26年度（2014年度）文部科学省 大学等シーズ・ニーズ創出強化支援事業（COIビジョン対話プログラム）の採択を受け、「高齢者が元気に生活を続けられる地域包括ケアのモデル構築」に取り組んできた。約8か月弱の短期間にコアメンバー16人と関係各位の総力を結集して、163ページに及ぶ報告書「高齢者が元気に生活を続けられる地域包括ケアのモデル構築」が完成された（図1）。その成果物として、本特集のテーマである「自分史の樹」を作ってみるという手法・ツール自体が地域包括ケアでの課題解決に提供するアイデアの一つではないかという提案がされ、この事業は終了した。

私が、「自分史の樹」に関与したのは、事業終了後からである。アイデアから生まれた「自分史の樹」は、ツールとして具現化された。しかし、誰も使った経験がなく、どのようにツールを使うのか、使うとどのようなことが起こるのか、誰もその問いに答えることができなかったのである。「自分史の樹」が、地域包括ケアでの課題解決のツールとして機能するためには、その使い方マニュアルが必要だと考えた。このマニュアル作成には、地域包括ケアにおける多様な場面で「自分史の樹」を使い、その経験を蓄積、共有することか

ら始める必要があった。

そこで、平成28年（2016年）春に人をつなぐツール「自分史の樹」展開プロジェクトを結成した。プロジェクトの目標は、金沢大学保健学系に所属する研究者グループがそれぞれの専門領域で、「自分史の樹」を展開し、その体験を蓄積、共有することである。メンバーは、先に述べた平成26年度COIビジョン対話プログラムのコアメンバー6名を含む計7名である。個々の経験を蓄積、共有するためのコア情報を表1に示した。

プロジェクト開始から、2か月に1回定例会を開催しながらプロジェクトを進行してきた。あるメンバーは、学部生、医療専門職の資格を有する大学生・大学院生の継続教育に使用することで、多面性をもつ健康へのアプローチ法のスキル向上を目指している。あるメンバーは、社会貢献においては、公開講座、地域包括支援センター等で使用することで、人の『得意』を探す×人の『得意』をつなぐツールとして活用し、地域で生活する高齢者が元気に生活を続けられる地域づくりに貢献することを目指している。また、あるメンバーは、慢性疾患の患者会で使用することで、ピアサポートの育成・強化を目指している。2017年3月に、石川県政記念しいのき迎賓館にて公開セミナーを開催し、これまでのプロジェクトの実践について

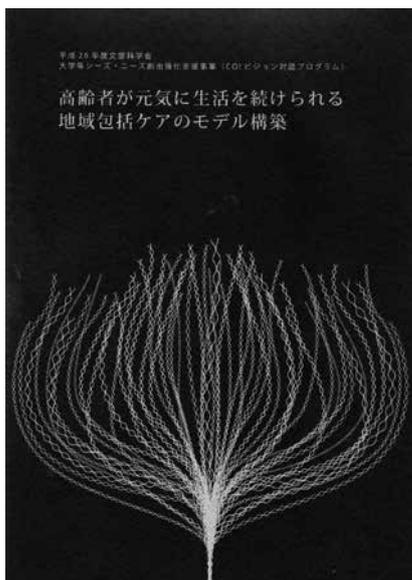


図1 「高齢者が元気に生活を続けられる地域包括ケアモデルの構築」報告書

表1 「自分史の樹」展開のコア情報

開催年月日
開催時間帯
開催場所
展開メンバー
参加者人数
参加者の特性（性）
参加者の特性（年齢構成）
参加者の特性（集いの目的、他）
どのカテゴリーを使用したか？
どの順でカテゴリーを使用したか？
どのように進めたか？（付箋紙、ホワイトボードの使用、等）
どのように進めたか？（ルール、拍手、相槌、等）
どのように進めたか？（グループの人数、性別、年齢、等）
その他の進め方について
参加者の反応
次回開催する場合のヒント

報告した。

2020年度はコロナ禍の影響で実際の活動は難しい状況である。メンバーで話し合い、これまでの「自分史の樹」展開プロジェクトの活動を実践報告の形式でまとめることになった。本特集が地域包括ケアにおける人と人との「つながり」のなかで生きること、そしてその「つながり」を創り、支えることを考える一助となり、さらに「自分史

の樹」展開プロジェクトに参加する仲間が集まるきっかけとなれば幸いである。今後は、これまで対面型で展開した「自分史の樹」を、オンライン型で展開する新たな方法の模索も始まると考える。なお、「自分史の樹」に関する情報は、金沢大学保健学専攻融合Activity拠点ホームページ¹⁾に公開されている (http://www.well-ro.jp/sig/pages/prjct_narative.shtml)。

第1章 人をつなぐツール「自分史の樹」の作成 — ツール作成の経緯とツールの紹介 —

稲垣 美智子、天野 良平、多崎 恵子、横川 正美
長田 恭子、須釜 淳子、平子 紘平

はじめに

人をつなぐ「自分史の樹」は、“高齢者が元気に生活することができる地域包括ケアモデルの構築”を目的とした取り組みの成果の一つとして作成された。作成は、平成26年度の文部科学省・大学等シーズ・ニーズ創出強化支援事業の一つとして実施されたものである。事業では、超高齢社会を迎え、さらにこの傾向は強くなっていくことが推測されている日本において、高齢者をどのような存在としてとらえるか、そして、次世代の青少年はどのようにして、高齢社会や来たる超高齢社会に役立つ存在になりえるかなどを議論しあった。

その後私たちは、前述の成果をもとに、人をつなぐ「自分史の樹」を、“ツール”として使うことを目的に活動を開始した。最初に行ったのが、「具体的な解説書」と「使い方の説明書」の作成であった。

本稿では、「具体的な解説書」と「使い方の説明書」についての紹介および説明をする。

実践内容

最終的には、A4判1枚の見開きで、「自分史の樹」の解説、使い方、目指すところを書いた解説書が出来上がった。実践報告では、解説書完成までの経緯とともに解説書の内容を含み報告する。

1. 具体的な解説書作成の経緯

1) 「自分史の樹」をツールにする意義の確認

本実践に先立った事業で議論された中において、超高齢社会における“自助、互助、公助”の考え

方の重要性が論議されていた。この3つがバランスよく効果的に達成されることが、活気ある社会につながるのではないかとということであった。特に互助は、人と人が、単につながるだけではなく、つながることにより、誰かに、また社会に対し、どんな小さなことでも何らかの貢献ができることになり重要な点であると考えられた。そのためには、「自分を語る」「自分の得意なことを知る」「人に興味・関心を持つ」ことが重要であると考えた。

さらに、人間は、人と人との“つながり”で生きているといわれていることから、このことは重要であることがうなずける。

しかし、核家族化が進み通信技術が発達した現代社会において、直接的な“つながり”を持つことは容易ではないとの指摘もある。また、人とのつながりの煩わしさを持つ人や、高齢者においては、つながるきっかけをつかめないでいる人の可能性も推察されている。このように、人と人のつながりは重要といっても、自然発生的には困難な時代であることは、多くの人が感じていると思われる。

そこで、身近にある小集団の中で、無理なく自分のことを語り、その過程で自分の得意なことを知り、聞いてくれる他の人のことにも興味・関心を持てるような、仕組みを作ることができれば、現在自分が生活している小さな集団の中で、生き生きとした生活を送ることができるのではないかと考えた。

この問題に対して、「強制感がなく、自分にも

相手にも無理のない範囲で、心地よいあるいは楽しいつながり方はできないものか」「自分の得意な点を見つけだして、できることを誰かに届けることができるか」と、1年かけて討議や対話を重ねて、自分史の樹の骨格を整えた。

2. 「自分史の樹」の構成及び解説書の作成

1) 「自分史の樹」の構成

(1) 目的の明確化と記述

「自分史の樹」は、自分の興味や得意を「探す」「見つける」ということを通して、人とつながるきっかけを創る道具であることを明文化した。

(2) 自分を一本の樹に例えて参加者が話しやすい内容を精選(図2)

自分の名前を樹の根幹として最初に話し、それを中心に過去と現在そして仕事を表す6つ(「誕生」「幼少期」「青年期」「仕事や家庭生活」「現在1:自分の像」「現在2:毎日の生活の様子」)のこ

と樹が育った太さを持つ幹から派生する1つか2つの、具体的なことを問う問いかけを設定し、総計11項目が枝となる質問項目を設定した。この枝の部分が具体的な質問項目である。

参加者には、解説書を見せて、使い方を説明したのちに、最初は自分の名前と命名の由来から話してもらい、その後、枝の部分の自分の思い出などを語り書いていく方法とした。

2) 「自分史の樹」を創る問いかけの項目

参加者に実際に問いかける質問項目は下記のとおりである。

(1) 「誕生」

- ① 遠足でどんなところに行きましたか?
- ② 出身地の自慢をしてください。

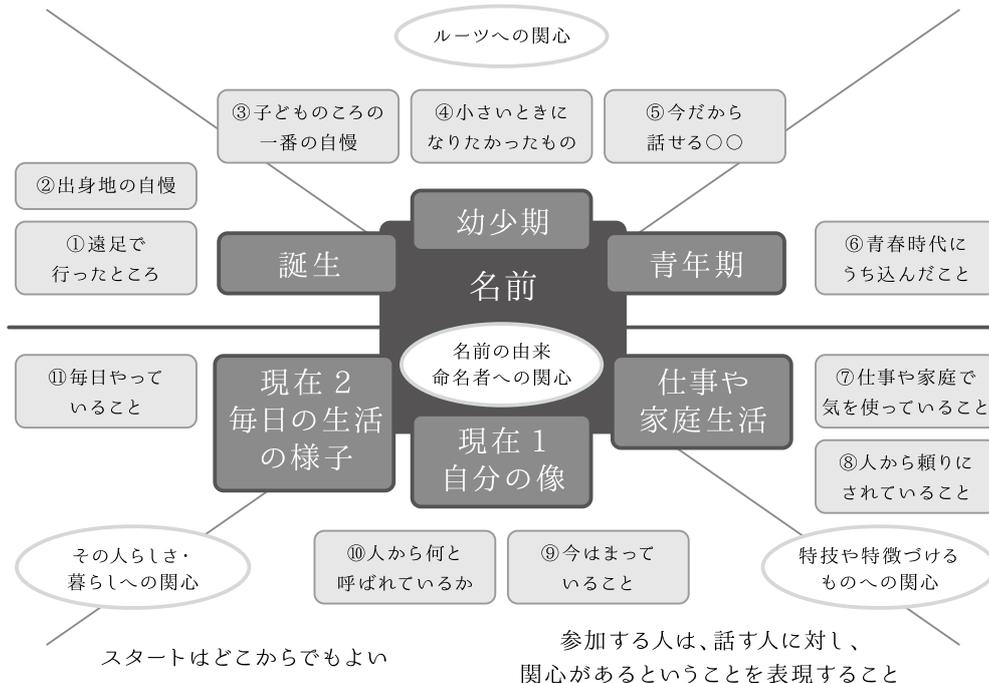
(2) 「幼少期」

- ③ 子供のころの1番の自慢は?
- ④ 小さいときになりたかったものは?

自分史の樹

自分の興味や得意を「探す」「見つける」ということを通して、人とつながるきっかけを創る道具です。

自分を一本の樹に例えて、名前を中心に過去と現在そして仕事を表す6つ(「誕生」「幼少期」「青年期」「仕事や家庭生活」「現在1:自分の像」「現在2:毎日の生活の様子」)のこ



※ご記入頂く個人情報は、本事業の実施・運営にのみ利用し、本学の個人情報保護に関する基本方針に則り厳重に管理いたします。

図2 「自分史の樹」マップ型

- ⑤ 今だから話せる〇〇
- (3) 「青年期」
- ⑥ 青春時代に打ち込んだことは？
- (4) 「仕事や家庭生活」
- ⑦ 仕事や家庭で気を使っていることは？
- ⑧ 職場や人の集まりで頼りにされたことは？
- (5) 「現在1：自分の像」
- ⑨ 今、はまっていることは？
- ⑩ 周囲の人から何と呼ばれていますか？
- (6) 「現在2：毎日の生活の様子」
- ⑪ 毎日やっていることはなんですか？また
その中ではまっていることはなんですか？

3) 参加者への説明

ファシリテーターを置き、本ツールの説明を行い、その際には、あらかじめ決められた項目について話しながら、参加者が協同で完成させていくことが、道具であるゆえんであることを説明することとした。

また、自分史の樹に幹に名前と過去と現在を表す6つを選んだ理由と枝となる11個の問いかけを決めた理由については、下記の内容を参加者に説明するものとした。

(1) 6つを選んだ理由についての説明（説明文書の記載のまま）

<名前>

名前は、思い入れがあってつけてもらったものだと考えました。自分は、どんな思いでこの名前をもらうことになったのかを、考えてみるのも面白いと考えます。

<過去：「誕生」「幼少期」「青年期」>

過去は、「誕生」「幼少期」「青年期」の自分を思い出すようにしました。ひとは、自分のルーツを探し、またほかの人のルーツに関心を持つことが好きだと考えました。「探す」ことは、人間が本来持つ好奇心を刺激し、楽しいのだと思います。特に他人と共有することは、重なりを「見つける」ことによる親近感を持つことになったり、意外な面を「見つける」ことになったりすると考えました。

<現在：「自分の象」「毎日の生活の様子」>

現在は、「自分の象」「毎日の生活の様子」を語るようにしました。「暮し」の様子がわかる項目だと考えました。

<仕事や家庭生活>

普段の生活において仕事や家庭生活は当たり前のように営まれています。それに費やす時間も多く、その人の特徴がよく表れていると考えました。

しかし、公表することは意外と少ないため、知らない人が多いのではないかと考えました。自分では何気なくやっけていても、周囲に頼りにされていることから、意外な得意が見つかるかもしれません。

(2) 枝となる11個の問いかけを決めた理由

多くの人が覚えていて、得意げに話す題材だと考えました。この問いかけの項目は「自分史の樹」の特徴です。この断片的な情報から、得意なことや好み、困っていることが推測できて、探したり見つけたりする行動につながることを期待する項目です。ただし、覚えていない、話したくないものは、書かないままでも大丈夫です。それもまた、枝ぶりの違う樹として素敵です。

4) 「自分史の樹」の使い方マニュアル作成

「自分史の樹」は2通りの使い方ができることを提示（説明文のまま記載）した。提示内容は下記のとおりであった。

(1) まずは自分一人で書き上げる方法

- ・「自分史の樹」の用紙と筆記用具を準備します。
- ・「自分史の樹」の問いかけに、最初は一人で書き込みます。
- ・書き込んだ後、それを紹介します。
- ・紹介された人は、プラスの反応を返します。

（一人で内面を深掘りしていくのが好きな方に向いています）

(2) グループで書き上げる方法

- ・大きめの「自分史の樹」の用紙と付箋紙、筆記用具を準備します。
- ・ファシリテーターあるいはグループのリーダーを決めます。
- ・ファシリテーターあるいはグループのリーダーが、「自分史の樹」について説明します。
- ・ファシリテーターあるいはグループのリーダーが、問いかけをします。
- ・グループメンバーが、問いかけごとに付箋紙に答えを書き張っていきます。
- ・この方法は、プロセスが、お互いの刺激になり、連想により思い出を引き出すことができます。
- ・メンバーは他の人の答えに、関心のあることを表現します。

（内面を一人で深掘りしていくのはしんどいという感覚を持たれる方もいらっしゃいます。みんなでわいわいお喋りをしながら、楽しく自分を振り返るための方法です）

(3) 使う対象

人とのつながりは、自分からつながることがあ

りますが、周囲の人が「見つけてくれる」つながりもあると感じます。「自分史の樹」は、自分の再発見と、人に紹介する時の少し変わった名刺代わりとして使える道具です。

「自分史の樹」は、高齢者の方が社会に貢献しているという充実感と、社会から求められている実感を得ることができれば、地域で元気に過ごせるのではないかという発想から検討を開始して出来上がったものです。したがって、高齢者の方々に使っていただくのが本来の使い方です。

考 察

高齢者が元気に地域で生活し続けられる地域包括ケアモデルの構築という課題から始まった事業の一つとして、本ツールの作成・活用といった実践への取り組みがはじまった。

本ツール作成の基盤となった「自分史の樹」の作成には、討論した16人のメンバーが参加した。討論では、「元気の定義」「元気な高齢者の特徴」などが自由に語られた。これらの結集が「自分史の樹」と命名され、人の一生・形は樹で表すことができるということを提案されたことは大きい。

本実践報告では、この「自分史の樹」を人と人をつなぐ“ツール”にするための、段階として、質問項目や使い方を設定して、その使い方の解説といった具現化の実践を報告した。ツールにするためには様々な段階があるが、本報告は、道具として具現化できたことの報告である。

ツールは、実際に使ってみて、その長所短所を吟味しながら、目的達成のために使われていくものであるため、今後は評価も加えたツールとしての完成度を高めていく必要があることが考えられる。

ま と め

人をつなぐツール「自分史の樹」について、作成過程とツールの内容の解説を展開した。

ツールとして用いられるためには、使いやすさや効果の実証が必要となる。実践に活用してその価値を発揮するために、今後は様々な対象に参加を募り、本ツールを利用価値のあるものとして活用していくことができる評価を継続していく必要がある。

第2章 「自分史の樹」による学生たちの課外活動 — 学生が高齢者と関係性を深めるツールとして —

天野 良平、多崎 恵子、長田 恭子、横川 正美

はじめに

学生と高齢者とのコミュニケーション技術を向上させるプラグラム構築は、教育の場における喫緊の課題である。

本学ではCOIビジョン対話プログラムでコミュニケーションツール「自分史の樹」を提案してきた。「自分史の樹」ツールは人とつながるきっかけを創るツールである。現在もプログラムプロジェクトメンバーを中心に、様々な場面でこのツールの有効性が検討されてきている。本報告では平成28年度と29年度に実践した初歩的な検討について報告する。有志学生を募り講座を課外に開講し、教室での座学と地域へ出て実践を行った。学生自身が高齢者の話を受容的共感的に聴くことにより学び、このツールを通して学びを深めていく、その教育的な効用について考察した。

実践内容

1. 平成28年度の実践 — 学生が高齢者の物語りを「聞き」に行くとき —

COIビジョン対話プログラムの成果を踏まえ、平成28年融合Activity推進事業の一つとして「新たに今を創りあげる「自分史の樹」講座」を開講した。課外での座学および実践プログラムを準備し、学生の参加者を募った。同年4月中旬より開始し全8回(2時間/回)コース、前半4回は座学、後半4回は地域に出た実践活動を提示した。

受講者は3年次学生3名(最終では2名、女性)であった。問合せはあったが参加が適わなかった学生もいた。

前半の座学では、「自分史の樹とは」「聞き書きとは」「聞く上手、聞く技術を磨こう」「高齢者コミュニケーション」「書く技術」「聞いて書いて残すことの意義」等の講義があった。高齢者の話を

聞くことの大切さ、意義について考え、討論する機会を持った。各回、学生同士でロールプレイ演習を行った。

後半の地域での実践では、週末に山奥でパン屋を開いている一人の女性（昭和24年生）の話を、受講学生2名と著者1名の3名で聴いた。場所は女性の住む近くの土清水会館和室。学生2名は「自分史の樹」ツールを横に置きメモを取りながら、話を進めた。著者1名はその様子を少し離れて観察した。語り手が「どう生きて来たか」を1時間30分聴いた。語り手に録音許可を得て、ICレコーダにて音声を録音した。

語りの文字化として、語り手が一人称の聞き書き体を採用し、受講生2人がそれぞれに聞き書き体で語り手の話を描いた。後半4回で作品の形とすることができた。

作品は語り手に差し上げることを目標とし、作品の製作過程（仕上がるまで）を通して必要に応じて、聞き手（書き手）が語り手の家に訪ねて、追加に話を聴き交流した。聞き間違いの訂正、理解不足による勘違い、口調、口ぐせ、語尾の特徴などの確認、素案を読んでもらっての感想、語り手の一人称表現で「らしく」描かれているかを考察、本を構成（小見出しを付ける、写真を入れる、表紙を作る）を具体化していった。製本する（図3・図4）。手作り感が大切との考えのもと、全ての過程を自分達で完結させるやり方を採った。献本する。語り手を訪ねて本を差し上げ、本への語り手と聞き手の想いを編んだ。

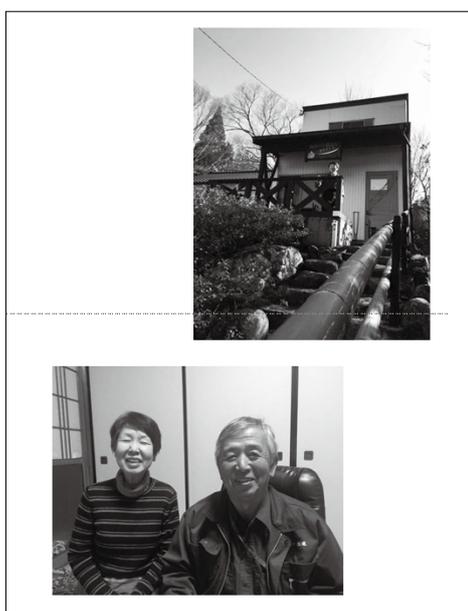


図3 聞き書き本に挿入した写真

2. 平成29年度の実践 – 学生が地域高齢者たちの集りの中に入って、話を聞き始めるとき–

七尾市のよりあいの場事業に参加させてもらい、「自分史の樹」ツールの活用方法を実践的に検討した。特に高齢者の寄り集まりの中でこのツールをどう使うかを、学生が地域の高齢者たちと交流しながら、学生たちがその交流で何を学び取るか、その効果に注視しながら、教育に資することを得よう努めた。

1) N集会所での実践

本活動のための学生の募集は看護学専攻学生に限定した。4年生1名、3年生1名、2年生2名、1年生2名、合計6名の応募があった。9月に顔合わせと学生への説明を行った。学生の応募動機は、高齢者の地域活動に興味がある、高齢者とのコミュニケーションの勉強になると思った、などであった。12月に大学において「自分史の樹」ツールに関して座学、ロールプレイを通して準備をした。

平成30年1月の日曜日に七尾市内N集会所で開催されたよりあいの場事業に、12月に座学で学んだ学生3名（3年生1名、1年生2名）と教員2名が参加した。午前中に地域の方による講演があり、昼食、午後軽い運動を学生が紹介し全員で行い、その後「自分史の樹」の実践を行った。最後に茶話会をし終了した。

「自分史の樹」の実践に参加されたのはその地域の高齢者10名（男性1名、女性9名）、3つのグループ（女性4名、女性3名、男性1名と女性

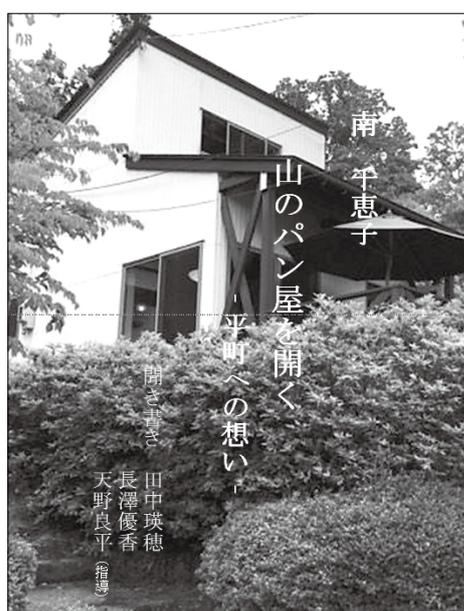


図4 聞き書き本の表紙

2名)に分け、学生がそれぞれのグループに1名ずつ入った。A4用紙の「自分史の樹」ツールマップ型を各自に配布した。最初に教員が「自分史の樹」について説明し、問いかけの項目は先ずは“お名前”(自分の名前の由来)について、グループごとに15分程度、お互いの話を聞き合ってもらった。それぞれのグループに入った学生は、参加者の話を聞き、その内容を付箋に記入した。配布されたツールマップ型の用紙に記載する参加者もおられた。その後、学生が参加者から聞いたお話を発表し、全員で共有した。次にグループ毎に問いかけの項目をもう一つ、選んでもらい、“お名前”と同じ要領で行った。問いかけの項目として、1つのグループは「④少年(少女)時代になりたかったもの」、2つのグループが「⑪現在、毎日やっていること」を選んだ。最後にA3用紙の「自分史の樹」ツールマップ型に記入した付箋を貼り、グループの「自分史の樹」を完成とした。ツールマップ型のA3用紙は回収させていただき、A4用紙は参加者の方に持ち帰ってもらった。

2) K公民館での実践

平成30年2月の日曜日(10時~11時20分)に七尾市内のK公民館で開催されたよりあいの場事業に学生5名(3年生1名、2年生2名、1年生2名)と教員3名が出席した。よりあいの場に参加された地域高齢者は36名(男性12名、女性24名)であり、4つのグループ(1グループ7~9名の高齢者)を作り、学生がそれぞれのグループに1~2名ずつ入った。

この日は最初から「自分史の樹」の実践を行った。先ずA4用紙の「自分史の樹」ツールマップ型を各自に配布した。最初に教員が「自分史の樹」について説明し、問いかけの項目“お名前”について15分程度時間をとり、学生が自己紹介を兼ねて自分の名前の由来を発表した後、参加者がお互いの話を聞き合った。学生は参加者それぞれのお話を聞き、付箋に記入した。2分間の相談タイムを設けて、各グループで発表する内容を確認した後、学生が発表し、全員で共有した。同じ要領で“お名前”以外の問いかけの項目について20分程度、行った。問いかけ項目はグループ1が「①遠足でいったところ」、「②出身地の自慢」、グループ2が「⑪毎日やっていること」、グループ3は「⑪毎日やっていること」、「⑩人から何と呼ばれているか」、グループ4は「⑤今だから話せる〇〇」、「⑥青春時代に打ち込んだこと」を選んだ。最後にA3用紙の「自分史の樹」ツールマップ型に記

入した付箋を貼り、グループの「自分史の樹」を完成とし、グループごとに写真撮影を行った。ツールマップ型のA3用紙は回収させていただき、A4用紙は持ち帰ってもらった。途中から、各自に配布されたツールマップの用紙に記入されていた方もいた。

考 察

1. 学生がコミュニケーションを学ぶツールとしての「自分史の樹」

「自分史の樹」ツールを使っての学生同士のワークで、初対面の学生間であっても短い時間で交流を深くできること、また同級生ですでに交流がある者間でも交流をより深化できることが分かった。実際には「自分史の樹」の中のキーワードを変形させた、③小中高の時の一番の自慢なこと、④その頃なりたかったもの、⑤今だから話せること、この3つの問い掛けが学生間では先ず選ばれる。学生が対象である場合、③④⑤の問いは、①遠足で行ったところや②出身地の自慢なことの問いよりも関心があるということであろう。聞き手と語り手の属性に近い大学生の場合では当然のことと言える。

教育の場での「自分史の樹」ツールを使う意義は、単に学生間の交流の深化を求めているものではなく、臨地実習の場、臨床の場、あるいは広く一般社会の場における人との、多くは初対面の人とのつながりの切っ掛け作りと交流の深化を目指すものである。その場面においてはやはり「つながり」の切っ掛けを求めて、ツールにある名前の由来に加えて、誕生の①②、幼少期の③④⑤、青年期の⑥、仕事や家庭の⑦⑧、現在1自分の像⑨⑩、現在2毎日の生活の様子の⑪をサーベイしながらその①~⑪のどこに、この方と共有する話題が持てるのかを探ることが重要となる。話題を見つけそれを深化していく。その過程で「自分史の樹」ツールは有効である。

学生実習での「自分史の樹」ツールの実際の使い方としては、教室で学生同士のロールプレイで使ってみるのも良いが、より教育的効果を考えるなら「おじいちゃんおばあちゃんに話を聴いてきてくる」という課題を設定し、その中で「自分史の樹」を使うように指示する宿題とするのが良いであろう。この実践が課外活動ではなく、通常の授業で試されることを待ちたい。

2. 「聞き書き」のツールとしての「自分史の樹」
教室とは違う地域の会館和室、48歳の年齢差、

もちろん初対面、挨拶もそこそこに話は始まった。懸念には及ばず、話は盛り上がった。語り手の明るく優しい語りと聞き手（学生）の学ぶ姿勢と相槌で、68歳女性の「とっておきの話」を聞いた。聞いて行く中で、生きてきた知恵や工夫を、嬉しかったことや頑張ってきたことを振り返った。自分のしてきたことの意義を見出しそして「まだやることがある」と気づいていく語り手を発見する。今回の機会は正にそういう機会となり、学生には初めての体験であった。

「自分史の樹」が聞き手の傍らにメモ帳、ICレコーダと並んで置かれ常に目に入る状況にある。聞き手は語りの中で話題が変わっていく様子を捉えながら、ツールでの仕事や家庭の⑦⑧、現在1自分の像⑨⑩、現在2毎日の生活の様子の⑪を参照しながら、話題を仕事、家庭、生活に向けるようにしたとのことであった。効果があったかどうかの評価は簡単ではないが、話す内容が具体的となり記憶が掘り起こされる部分があった。俯瞰しながら具体を問うことに「自分史の樹」が有効だと思われた。

現在のことを聞くのに夢中になると、どうしても誕生の①②、幼少期の③④⑤などは聞きそびれるものである。誕生から幼児期が必須なわけではないが、それがすることによって「人生の話」としての纏まりが良いのは確かなようだ。その意味で「自分史の樹」を傍らに置いて臨むのは推奨できる。

今回、語り手1名で一人の人生をまるごと聞くということになった。語り手が複数である場合には複数の「人生の話」になるので今回の事例のようにはならない。今回の事例は語り手が一人であること故の結果とも言える。

聞いたことを文字に書いて残すことに進めば「聞き書き」と言われる表現ジャンルになる。聞くと話すの「自分史の樹」に、書いて残すことを加えて「聞き書き」を学ぶことが出来る。「聞き書き」において「自分史の樹」ツールは常に携帯したいツールであると言える。

3. 聞いたことを書いて残していく、聞き書き作品作り

聞き書き作品は「話し言葉」で書く。語り手が一人称で登場し、読み手（出来上がった作品を読む人達、家族、友達、地域の人達）に語りかける「ひとり語り」で書いていく。この文体を聞き書き体と言う。今回残した作品もこの聞き書き体により書かれた。一部を抜粋したもの（イタリック

文字部分、実際は縦書き）を示す。

私は…やっぱり、小学中学のころの思い出の方が、胸にすごい残ってるんですね。何か、高校三年間は意外と早く終わって…。あれあれって言っているうちに…。青春もなく、ふふ。あっという間に終わったっていうか。

それは小さい頃、やっぱり田舎だったので、あ、田舎というより、ほんとに山の中で育ったんで、保育園っちゅうものもないんです。保育園にもいなくて、で、小学校へ上がる、しかも分校へあがるんです。低学年まではずーっと分校で、樫見分校ってとこ、そこまで家から三十分ほどかけていくんです。犀川小中学校の樫見分校です。

犀川小中学校には分校が五つくらいあったんです。平村だけは分校がなくて、私は平村だったのね。隣村が樫見だったので、樫見分校に通っていたんです。

こんな調子である。ひとり語りの文体、聞き書き体を理解してもらえらると思う。今回、学生は聞き書き体を例示することで、文体について即座に理解し、聞いた話を聞き書き体にするのに困難を要しなかった。ICレコーダで声を聞きながら、2時間3回計6時間で文字起こしを終了した。学生は文字起こししながら同時に聞き書き体に変換し、データ化した。慣れればもっと速くなると思われる。文章は横書きフォーマットから縦書きに変換する、縦書き文章を推敲し、写真を入れ、小見出しを付け、目次を作る。この過程が最も楽しいということであった。適宜語り手にも読んでもらい加除訂正した。さらに表紙をデザインし製本した。学生2名それぞれの作品を作った。全く同じ話を聴いても趣の異なった聞き書き作品になることを体験した。

さらに二人の学生共同で一冊の作品を仕上げた。製本した本の表紙と裏表紙を示し、作品の題名と目次をあげる。

山のパン屋を開く - 平町への想い -

目次

まえがき

はじめまして

学校のころ

みなきょうだいのような

子供のころの夢

山の上と下のくらし

パン屋さんの始まり

コーヒーのお供のつもりが

山の中のパン屋さん

千本桜の里や八つ房唐辛子とコラボ
パン作り
民舞もしてきた
そっくりな末っ子『貴子』
民謡・民舞との出会い
辛かったこと
お金では買えない
今後の夢は
六十七歳こんにちば
夫のこと、出会い
子供たちへの思い
孫たちへの思い
大切にしていること
あなたとの出会いに感謝、「私との思い出」
あとがき

仕上がった作品（A5サイズ、72ページ）を、山のパン屋に語り手を訪ね、直接に手渡した。後日丁寧な感謝の言葉を学生達はいただいた。

4. 高齢者の集りの中での学生の自主的な行動の変容、気持ちの変化、経験知について

1) 「自分史の樹」ツールで物語りを察知する

N集会所での参加学生の二人の感想に「とても有意義な時間が過ごせて、参加してよかったと思います。うまくできなかったなと思うところもありますが次回に活かしたいと思います（注：連絡メールより。この学生は次回のK公民館での実践にも参加した）」さらに「何か新しいことをやってみたい、そう思っていた時によりあいの場事業の案内を見つけ、気軽な気持ちで参加しました。高齢者とのコミュニケーションの取り方といった看護に役立つことを学べただけでなく、いろいろな人と出会ってお話することで知見を広げられました（注：よりあいの場事業募集ポスターより引用）」とある。

参加した学生は「自分史の樹」ツールを使った取組に「新しさ」と「道具性（教材性）」を感じ、「学習」の必要性を感じているようである。参加高齢者の一人は「娘も聞いてくれないような昔の話を若い人に話すことができた」と語った。生きてきた物語りを聴いてもらえたという喜びであろう。「自分史の樹」ツールのなかにある言葉の選択が、会話を楽しくし、いつもとはちょっと違う雰囲気の中で、この高齢者の方の物語りを自身の言葉で語らせたのであろうと思う。問い掛けの言葉の選択はやはり大切であり、選択の違いにより物語りの深まりは違う。

講演会、昼食、体操、「自分史の樹」実践とい

う短い時間で区切られた流れのプログラムの、N集会所での「自分史の樹」実践では避けられないことであるが、参加した高齢者と学生は「自分史の樹」実践を行う前に親しく話をしており、「自分史の樹」ツールの「繋がりを作る」切っ掛けという効果の検証は難しいものの、話を深める「問いかけ」の項目については、語り手の物語りへの展開をみるに効果的な働きをしていると思える。2) 高齢者コミュニケーションツールとしての「自分史の樹」

K公民館での「自分史の樹」において、前回N集会所の時よりも学生の話の聞き方、発表の仕方がスキルアップしており、1回の経験が学生の実践力を高めることを実感した。

「自分史の樹」を使うことの利点として、名前の由来、問いかけの項目があり、それらで会話する切っ掛けづくりが容易となる。学生が高齢者の話を聞くことに意識を向ける「聞かせてください」という態度となる。高齢者は学生の問いかけに対して、「この若者は話を聴いてくれる、何を話してもいいのだ」という気持ちで話をする。物語りも語れる時間を持つことになる。

この実践には地域活動やコミュニケーションに興味のある学生が参加した。学生は学年関わらず、高齢者の話を聞きその内容をまとめて発表していた。

「自分史の樹」を授業科目として行うことになった場合、他者との交流に対して関心が低い、あるいは自信を持ってない学生は、最初とまどうかもしれない。しかし、高齢者から学生に話しかけてくださる様子も多くみられ、そのような高齢者の働きかけが学生の人との交流における経験や知恵になるものと考えられる。終了後、学生に感想を提出してもらおうと実践の振り返りに役立つと考えられる。教材として可能性がある。

臨地実習への実際の適用についてはまだまだ検討すべき点がある。適正な人数はどれだけか。一人の高齢者に話を聞く場合と複数の高齢者が同時に居てその方々の話を聞く場合では違うだろう。また離れた席の人がお互いの話を聞き取りにくい様子が見受けられた。参加人数が多くなるほど、周囲の話し声も大きくなり、お互いの話を聞き取りづらくなる。特に、参加者の年齢層が高い場合には聴覚障害のある方がいらっしゃる可能性もあることから、参加人数や参加者の年齢層に応じて、お互いの話をより聞き合いやすくなるようにテーブルを設置する工夫が必須である。

話が深くなり物語りを聞くことになると、語り手はどうしても絞られてくるかもしれない。その時、他の高齢者にも語ってもらうようにするのもあるが、むしろ語りだした一人の高齢者の話を他の高齢者も聞き、高齢者同士で話が盛り上がるようにするのが大事であると思う。「自分史の樹」ツールは役立つと思う。

まとめ

本報告では「自分史の樹」が教育教材として学生のコミュニケーション力を強化させるのに有効かどうかを検討するための臨地実践を述べた。順に次の四場面について検討した。初めは教室で、学生同士による利用、宿題課題としての可能性について述べた。次に地域に出て実際の高齢者一人への利用を試みた。ここでは「自分史の樹」ツール利用から聞き書き作品作りへ展開した。三回目は地域高齢者の集りプログラムの一コマとしての「自分史の樹」の利用を、四回目のプログラムは最初から「自分史の樹」を積極利用しての参加であった。

学生（若者）と高齢者、年齢差約50歳、人生経験は違う。この両者が常に交流でき、コミュニケーションを深めていけることがこれからの福祉、医療、介護の分野の諸課題を解決するための基盤事項であると考ええる。一人ひとりの高齢者の物語りを丁寧に聞くこと。これに尽きるが、高齢者が複数集まる集会場などでは工夫が必要であり、経験知を積み重ね、それに基づく言葉の選択が大切になってくる。そんな時「自分史の樹」は有効である。参加高齢者複数の物語りを同時に聞くことは無理であるかもしれないが、語り手としての高齢者と聞き手としての高齢者など、場に合わせて役割を自発的に分担し、さらに流動的に交代していく工夫もできるだろう。参加者高齢者それぞれが他者の物語りを自分の中に投影することもできるであろう。これが「自分史の樹」利用の目指すところであると思う。

「自分史の樹」の中にあげられている①～⑪の質問言葉は、語り手が人生で大切にしていること、自慢できること、残しておきたいことを、発言しやすくするように選び工夫したものである。特に

高齢者に「つながる」切っ掛けとして適切な言葉を選んでいく。したがって学生がこれを使う時、対象をやはり高齢者にするのがよく、学生同士には不向きかもしれない。高齢者でも特に初対面の方々との「つながる」切っ掛けツールとして良い。

「自分史の樹」は「聞く」と「話す」を深化させていくコミュニケーションツールとして提案してきた。一人の語り手が人生の話を語るときに、この語りを聴いてほしいと思い語り、真剣に聴かれる、その時に語り手自身は深く「納得」する。語り手と聞き手の関係性が深まる。そうであればその意味でコミュニケーションツールとして十分であろう。考えるに、この「聞く」と「話す」に「書き」「伝える」を加えるのが「聞き書き」である。なぜ「書き」「伝える」のか。この人の話を残して伝えていきたいという聞き手の意欲によるものか、確かにその部分はある。しかし多くの場合は、語り手自身が残してほしい伝えてほしいという希望と期待を持っているということである。もちろん「聞いた」ことが伝わっていくこともある。伝承で伝わっていくことはある。しかし「書いて残しておく」ことが一番の安心であり願いである。真剣なる語りの中に「聞いて書いて伝えて」ほしいという気持ちがあるように思えてならない。

一人称で書いて残す、聞き書き体で書く意義を考えたい。語り手らしさを表現するためである。ならば今日的にはDVDなどで残せば良いのではないかとされる。しかし「聞き書き」（聞いて書いて残す）ではビデオよりも深められる部分がある。聞き書きの過程の中では、語り手と聞き手との間に信頼感が生まれ安心しころを緩めるところがある。聞き手（書き手）がその深まった部分を書く。聞き手の語り手への思いも文章となって残される。しかも語り手の「ひとり語り」の文章、聞き書き体として、語り手の語りとして残される。多くの聞き書き作品が、語り手自筆の「自分史」より「物語り」をよく表現しており、好んで読まれている。聞き書きは聞き手と語り手の協働で成り立つ。

聞き手の中に「伝えたい」があり語り手の中に「伝えてほしい」があるならば、「自分史の樹」を利用した「聞き書き」を考えるのが良い。

第3章 人をつなぐツール「自分史の樹」の市民向け教育の実践報告

長田 恭子、須釜 淳子、横川 正美

はじめに

自分史の樹は、平成26年度文部科学省COIビジョン対話プログラムの成果物であり、自分の興味や得意を「探す」「見つける」ということを通して、人とつながるきっかけを創る道具である。プロジェクトメンバーの専門分野を生かした研究、学部生、医療専門職の資格を有する大学院生の継続教育、地域社会への成果還元・普及など、多面性をもつ健康へのアプローチ法のスキル向上、地域で生活する高齢者が元気に生活を続けられる地域づくりに貢献することを目指している。本稿では、社会貢献として市民向けに本ツールを使用した活動を実施したので報告する。はじめに金沢大学の公開講座における実践、次に金沢大学医薬保健研究域附属健康増進科学センター主催のウォーキング教室参加者を対象とした実践である。

実践内容

1. 金沢大学の公開講座における実践

1) 対象

金沢大学の公開講座に参加申し込みを行った方

2) 方法

金沢大学の公開講座として2回実施した。時間はいずれも約100分であった。本プロジェクトメンバーである保健学系教員3名、地域連携推進センター職員1名が参加し、教員1名がファシリテーターとなった。

参加者と運営メンバーがテーブルに丸く座り、お互いの顔が見えやすいようにした。導入として、自分史の樹の作成経緯や目的を説明した。誰かが発表したら拍手をし、「すごい」、「素晴らしい」、「いいね」などと返すことをルールとして伝えた。

どちらの回もマップ型の用紙を配布し、各自が付箋に記入した。ファシリテーターが項目ごとにホワイトボードに付箋を貼り、参加者に順に発表してもらった。

2回目は途中でtea time breakを設けた。

3) 結果

(1) 1回目

参加者は男性2名、女性3名、年齢は50、70、80歳代が各1名、60歳代が2名であった。参加者は初対面であったが、自己紹介はあえて行わずに開始した。ツールマップの全項目について記入し

てもらった。記入する際、参加者から「どこまで詳しく書けばよいのか」「青年とは何歳くらいまでのことか」といった質問や「遠足のことは記憶にない」「(一番の自慢は)分からない」などの発言があった。時間の制約もあったため、①遠足で行ったところ、②出身地の自慢、③子どものころの一番の自慢、④小さいときになりたかったもの、⑤今だから話せる○○、⑥青春時代にうち込んだこと、⑧人から頼りにされていることについて発表してもらった。項目によって、全員が発表したものと2～3人が発表したものがある。参加者は発表者の話を熱心に聞き、ルールの通り拍手をし、「いいね」などと返していたおり、和やかな雰囲気であった。終了後には、楽しかった、自分のことを話せてよかったという感想が聞かれた。一方で、何を書いてよいか迷うことがあった、予想していた内容と違っていて少し期待はずれだったという意見もあった。

(2) 2回目

参加者は男性3名、いずれも60歳代であった。少人数であったため、より小さな部屋に変更して行った。導入時、1回目の結果をふまえて、自分史の樹はカウンセリングではないこと、話したくないことや辛いことを表出することが目的ではなく、得意・楽しかったことを手がかりにすることを強調した。ツールマップに一通り記載してもらった後、①遠足で行ったところ、②出身地の自慢、⑩毎日やっていること、⑩人から何と呼ばれているか、⑨今はまっていることについて発表してもらった。各項目で話し始めの人を交代し、話す割合やプレッシャーが偏らないようにした。ファシリテーターがその都度声掛けをしたので、混乱することなく進められた。一人が健康の話をするので次の方もそれに関連する話をされることが多かった。その中で互いの共通点がみつきり、交流が広がる場面もみられた。終了後、出身地の自慢が分からない、青年時代のイメージが分からなかったという意見があったが、いろいろな話が聞けてよかった、話題に出た飲食店に今度行ってみたいと思う、などの感想が聞かれ、評価は概ね良好であった。

2. 金沢大学医薬保健研究域附属健康増進科学センター主催のウォーキング教室参加者を対

象とした実践

1) 対象

金沢大学医薬保健研究域附属健康増進科学センター主催のウォーキング教室参加者で、本活動への参加を希望された方

2) 方法

ウォーキング教室終了後に2回実施した。時間はいずれも約60分であった。いずれの回も2グループに分かれ、教員1名が各グループのファシリテーターとなって進めた。1.と同様に、導入として自分史の樹の作成経緯や目的、ルールなどを説明した。

1回目はマップ型、2回目はマップ型とレポート型を提示し、各参加者に選んでもらった。各自が用紙に記載する際、思い出せない項目や書きたくない項目は空欄でよいことを説明した。発表する際に付箋に記載してもらい、ファシリテーターがホワイトボードに貼っていった。

3) 結果

(1) 1回目

参加者は男性2名、女性11名、平均年齢は70歳代前半であった。男性2名と女性4名のグループ、女性7名のグループに分かれた。普段から一緒にウォーキング教室に参加している顔見知りのグループであったので、最初から会話が弾み、和やかな雰囲気であった。一つの項目について記載した後、順に発表し、時間があれば次の項目に進む、という方法で行った。1グループ6～7名なので、自分の発表順番がくるまで時間がかかり、発表者の話が長くなると自分の携帯電話を見るなど、少し退屈そうな様子もみられた。一つのグループにおいては、発表者の回答に興味を示し、質問し合うことで会話が広がっていた。顔見知りのグループであったが、このようなことを話す機会はなかったため、よく知っている人の知らない一面を知ることができてよかったという感想が聞かれた。

(2) 2回目

参加者は男性2名、女性4名、平均年齢は70歳代前半であった。男性1名と女性2名の2グループに分かれた。1回目より少人数で、こぢんまりとした雰囲気であった。書くことが好きな方は、レポート型の用紙を選択していた。初めに全項目について記載する時間をとったところ、何か書かなければいけないと考えて悩んでしまう様子もみられた。「書けない項目は書かなくてもよいと言われても、用紙を出されると書かなければいけない気持ちになる。」ということであった。他の人

の話をしっかり聴いて拍手をするなど、ルールを守って参加されていた。「顔見知りの人だから話しやすかった。初対面の人には話しにくいと思う。」「同年代でないと話せないことが話せてよかった」「(自分史の樹という)こんな壮大なことよりも、大学の先生に10分間のミニ講座をしてほしい」などの感想があった。

考 察

1. 金沢大学の公開講座における実践について
参加者の年齢は50～80歳代で幅があったが、大学の公開講座に参加申し込みをされた方なので、学ぶことや健康に対する意識が高い方々であると思われる。「何らかの知識を得られる」ことを期待していたことも考えられるため、より丁寧なオリエンテーション、目的の説明が必要であるといえる。今回の目的は、「自分史の樹」を使用して、初対面の参加者同士が対話を始め、そのプロセスとプロセスを通した楽しみ、人とつながるきっかけを体験することであった。そしてその先には、つながる過程で自分や相手の得意なことを発見し、それが誰かの役に立つこと、それが個人や集団生活を活性化していくという最終ゴールがある。そのことを示し理解してもらうことで、参加者の満足度が高くなるのではないかと考える。また本ツールは、自分の過去や現在について打ち明けることを目的としていない。自分にも相手にも無理のない、心地よく楽しいつながりを目指している。今回の参加者からも、「わからない」「忘れた」という発言があったが、わからないことや話したくないことについては話さなくてもよいということを事前に伝えておくことで参加者の負担が軽減されると考える。2回目においては、1回目の結果をふまえてより丁寧に説明したため、参加者の目的とのずれは生じなかったと思われる。実施に先立つオリエンテーションが重要で、本ツールを使用する目的や最終ゴール、ルールなどを明文化し、参加者の理解を得ることが大切だといえる。

今回の実践では、初対面の参加者同士が知り合い、対話を楽しむという目的は達成できた。参加者と運営メンバーがテーブルに丸く座り、お互いの顔が見えやすいようにしたこと、2回目はより小さな部屋を使用し、途中でtea time breakを設けたことなど、リラックスして打ち解けやすい環境づくりが効果的であったといえる。また参加者がルールを守り、発言者の話をしっかり聞き、「いいね」などと肯定的に返していたことで、お互い

に話しやすい雰囲気が出ていたと考える。そのような雰囲気の中での対話を通して人とのつながりを感じることができたので、非常に有効であったといえる。

2. 金沢大学医薬保健研究域附属健康増進科学センター主催のウォーキング教室参加者を対象とした実践について

1回目は1グループ6～7名、2回目は1グループ3名の参加者であった。6～7名が一人ずつ順に発表すると、自分の順番がくるまでの待ち時間、他の人の話を聞いている時間が長くなる。そうすると退屈に感じたり集中力が途切れたりする人も出てくる。また参加者の円が大きくなるため、話が聞こえづらかったり、話しにくい雰囲気になったりすることも考えられる。自分のことも話して理解してもらい、他人の話を聞いて興味を示し、さらに深く知りあうには、少人数のグループが適していると思われる。話を聞いている人が飽きることなくテンポよく進めるためには、1グループの人数は3～4名が適切だと考えられる。また用紙がすべて埋まらなくてもよいと説明してあっても、何か書かなければいけないと悩む参加者もいた。時間が長いと考えすぎてしまうため、記入する時間は10分間などと決め、時間を区切って進めることが有効だと考える。

今回の参加者は、いずれも70歳前後の方々であった。日頃から同じウォーキング教室に参加して

おり、お互いに顔見知りのメンバーであった。定期的にウォーキング教室に参加していることから、健康に関心があり、活動的に過ごされているグループだと思われる。何度も顔を合わせ、会話をしている関係であったが、自分史の樹の項目にあるような「名前の由来」や幼少期、青年期のこと、出身地のことなどはこれまでに話す機会がなかったと思われる。また同年代ならではの話しやすさもあったようであった。今回の実践で知り合いの意外な一面、知らなかった一面を知ることができ、関係性の変化が期待できるのではないだろうか。自分史の樹は、顔見知りの集団においても新たな関係性の構築に役立つといえる。

まとめ

市民向けに自分史の樹を使用した活動を報告した。合計4回の活動を通して、実践する際の注意点や効果が明らかになった。初対面の集まりと顔見知りの集まりがあったが、いずれも対話を楽しむこと、お互いをより知ることができたため、本ツールの有効性を示すことができた。しかし、1回の実施では最終ゴール（つながる過程で自分や相手の得意なことを発見し、それが誰かの役に立つこと、それが個人や集団生活を活性化していくこと）には達成できない。今後は、この実践を継続し、最終的な目標達成までのプロセスを構築していくことが課題である。

第4章 「自分史の樹」の地域集会での実践報告

一 地域集会におけるリーダー育成の可能性を探る 一

横川 正美、長田 恭子、稲垣 美智子、須釜 淳子、多崎 恵子

はじめに

「自分史の樹」の実践を重ねる中で、プロジェクトメンバーから、ツールマップ型²⁾を使う時にファシリテータの役割が重要なのではないか、という意見が出された。プロジェクトメンバーがファシリテータとして、「自分史の樹」の枝である問いかけの項目を選び、その項目を問いかけ、参加者の答えに関心を寄せることを参加者と共に行うと、参加者の会話が促される。ツールマップ型はグループで話し合いながら「自分史の樹」を書きあげる方法³⁾であり、雑談をする感覚で気軽に始められるが、ファシリテータがいて会話が活発

になると、参加者がお互いのつながりを見つけやすくなると考えられる。

一方、地域では、高齢者が多く参加する集会で使うことのできるツールに関心を寄せる地区リーダーがおられた。「自分史の樹」は高齢者が人とつながり、地域で元気に過ごす仕組み作りを討議して出来上がった道具³⁾であり、地域集会での活用が期待される。これまで「自分史の樹」の実践において、説明とファシリテータはプロジェクトメンバーが行ってきた。この役割をする人を地域で育成できれば、それぞれの地域で「自分史の樹」を活用しやすくなる。本稿では、「自分史の樹」

表2 実践内容

項 目	グループ/全体	時間
1) 「自分史の樹」体験	グループ	15分
2) 問いかけの結果を発表	全体	10分
3) 「自分史の樹」づくり	グループ	30分
4) 自由討論	グループ	10分
5) 自由討論の結果を発表	全体	10分

を活用できる地区リーダー育成の可能性を探ることを目的に行った地域集会での実践について報告する。

実践内容

地域集会は12月の日曜日（10時～11時30分）に羽咋市で開催された。参加者は地区において活動推進的な立場の人7名、地域の保健師1名の合計8名であった。プロジェクトメンバーは教員5名、院生・学生2名の合計7名であった。

プロジェクトメンバーより挨拶と「自分史の樹」の紹介が行われた後、地区ごとに3つのグループを編成した。グループAが参加者3名（学生1名）、グループBは参加者3名（教員2名）、グループCは参加者2名教員1名（院生1名）であった。各グループの（ ）内のプロジェクトメンバーがファシリテータを担当し、グループCの教員1名は参加者としてグループに入った。1) 「自分史の樹」体験、2) 問いかけの結果の発表、3) 「自分史の樹」づくり、4) 自由討論、5) 自由討論の内容を発表、最後に全体を通してのまとめを行い、終了した。グループごとの時間と全体で共有する時間を設けた（表2）。

1. 「自分史の樹」体験²⁾

グループごとにファシリテータが「自分史の樹」について説明し、問いかけを行った。A3用紙の「自分史の樹」ツールマップ型を使用し、問いかけに対する参加者の答えを参加者自身またはファシリテータが付箋紙に書き、ツールマップの用紙に貼った。問いかけの項目は、自己紹介を兼ねて“お名前”とした。これは、自分の名前の由来を答えてもらう問いかけである。参加者の1人が答えたら、他の人は関心のあることを表現し、その答えから連想された話題についても話し合った後、次の人が答える、という具合に進め、グループの参加者全員が“お名前”の問いかけに答えた。

2. 問いかけの結果の発表

各グループのファシリテータが問いかけの項目

“お名前”に対する参加者の答えやその時に出た話を発表し、全体で共有した。

3. 「自分史の樹」づくり

グループごとに“お名前”以外の問いかけの項目を選び、答えを付箋紙に書いてツールマップの用紙に貼り、参加者それぞれの答えに関する話をしながら、「自分史の樹」づくりを行った。

4. 自由討論

「自分史の樹」づくりを通して、自分と他の人のことで発見したこと、地域での取り組みの可能性などをグループごとに自由に話し合った。

5. 自由討論の結果を発表

グループごとに討論した結果を全体に発表し、情報交換を行った。参加者から、地域での「自分史の樹」の使い方や、「自分史の樹」の問いかけ項目に関する感想が述べられた（表3）。

考 察

表3の地域での「自分史の樹」の使い方より、参加者は、高齢者のサロンや婦人会で「自分史の樹」を使用することに前向きであり、“名前の由来は話しやすそう”、“ツールマップを使う形式だと硬くなってしまうかもしれないので、話題だけリーダーが提供して進めるという方法もよいのではないか”といった使用を想定した意見もみられた。「自分史の樹」について、“自分の話をする”、“みんなで話す方法”のように、これまで行ったことのある体操やゲーム、聞き書きとの違いを述べた人もいた。本稿の参加者は集会を開催する立場の人であり、種々のツールの知識や使用経験を有していた。このような地区リーダーの方は、「自分史の樹」の体験や体験した感想を話し合う場を持つことが、「自分史の樹」を活用するきっかけになるのかもしれない。

表2の「自分史の樹」問いかけの項目より、参加者が話しやすい問いかけと話しにくい問いかけがあることがわかった。また、ファシリテータの説明を聞いて話しやすくなったという感想、補足

表3 「自分史の樹」についての自由討論

地域での「自分史の樹」の使い方について
<ul style="list-style-type: none">・高齢者のサロンで使いたい・ツールマップを使う形式だと硬くなってしまうかもしれないので、話題だけリーダーが提供して進めるという方法もよいのではないか。・婦人会や公民館で使ってみたい。・週1回行われている高齢者のサロンで使えそうなので使ってみたい。 特に名前の由来は話しやすそう。・今、サロンでは体操やゲームなどを行っているが、「自分史の樹」のように高齢者が自分の話をするのも良いと思った。・最初聞き書きのようなことだと思ったが異なっており、みんなで話す方法も楽しいと思った。
「自分史の樹」問いかけの項目について
<ul style="list-style-type: none">・“名前の由来”は全員が話せる話題である。・“子どものころの一番の自慢”と“今だから話せる〇〇”は中々思いつかなかった。特に“自慢”が話しにくかった。・“青春時代にうち込んだこと”は、“部活”、“職業”など、ファシリテータから説明があると話すことを考えやすかった。・“人から何と呼ばれているか”は、文字からだけだと分かりにくいので、“家族から”、“友達から”、“地域の人から”など、説明があるとよいのではないか。・“最近のこと”は聞けば自分もやってみようと思うが、意外と意識していないことが分かった。

説明の案が述べられた問いかけの項目があり、補足説明を受けると答えを考えやすい問いかけがあることも示された。これらはファシリテータが参加者の答えを引き出すために有用な意見であり、地区リーダーの方々が「自分史の樹」を活用する時には、ファシリテータとして参加者同士の会話による交流を促していかれるものと考えられる。このような意見を集約し、ファシリテータ向けの情報として提供できると、地域の人が参加者としてだけでなく、ファシリテータとしても「自分史の樹」を活用する機会が増えるのではないかと考えられた。

実践を終えたプロジェクトメンバーの感想は以下であった。

- ・“名前の由来”のグループ、全体発表を経て、参加者同士の親近感が増したようだった。
- ・自分を見つめ直すことで自分の強みに気づくこ

とができ、人の強みも見つけられるのではないかと思った。

- ・地区リーダーへの普及方法として、今回の方法が活用可能である。
- ・開催規模が良かった。今後、人数を10～15名限定プログラムもよいかもしれない。
- ・大学のメンバーだけで、企画も運営も任された。90分を自由に使わせてもらった。場所と機会を提供くださる相手方がいると、今後もっと活用が可能となる。

まとめ

今回の地域集会は「自分史の樹」の実践とともに、参加された地区リーダーの皆様から、「自分史の樹」を地域で活用するための多くの示唆をいただく有意義な時間となった。

第5章 「自分史の樹」の高齢者集会での実践報告 — 高齢者の健康増進の一端としての活用可能性を探る —

多崎 恵子、稲垣 美智子

はじめに

羽咋市で行われたリーダー向けの活動(第4章)後、活動調整者、地区リーダー、大学教員がミ-

ティングの機会をもった。前回の評価と次回の活動可能性を探るためであった。「自分史の樹」ツールの『名前の由来や命名者』については、その

後、サロン活動で取り入れられ、下の名前で呼ぶと若返りや親しみが増したとの報告があった。この話題は話が盛り上がる、子どもの頃に帰った気分になり、少し恥ずかしいが楽しいなどの発言があった。また、今後も「自分史の樹」への参加は好ましいという意見をいただいた。

羽咋市では地区ごとに食生活改善推進員による「いきいきクッキング」が開催されているが、料理をしない人に対し食事ができるまでの時間を活用した「自分史の樹」の会をやってみてはどうかと提案があった。そこで、高齢者の健康増進の一端としての活用可能性を探ることを目的に、2つの地区で「自分史の樹」の会を実施した。本稿ではこれらについて報告する。

実践内容

1. A地区

秋の祝日の午前、高齢者約20名と教員2名が参加し実施した。参加者が会場に参集する様子は、生き生きと明るい雰囲気満ちていた。実年齢をお聞きすると80歳を超えている方々であったが足取りが軽やかで元気な姿が印象的であった。また、参加者同士が下の名前で呼び合っており、仲の良い様子がうかがわれた。事前に学生が参加するという情報が提供されていたが、学生は都合が合わず同行しなかった。残念との発言もあったが、大学教員である看護職の訪問には関心を示していた。

最初に食事会の担当者より低栄養予防について、次いで教員から健康とテーマに話をした。参加者は熱心に耳を傾けていた。その後、約10名ずつが2つのグループに分かれ「自分史の樹」の会を行った。比較的広いひと部屋で2つのグループの話し合いを行ったが、他方のグループの発言が聞こえ、自身のグループの会話に集中しづらかったのは難点であった。

最初に、最もメジャーな『名前の命名者と名前の由来』について質問をした。両親が名づけた人がほとんどだったが、祖父や姉という人もいた。名前の由来については、人のお世話をし、まっすぐ正直にすすむことを願って「△」さん、かわいい読みやすい名前「▽子」さん、きれいな人「○子」さん、父が大工だったので「▲子」さん、父が志願兵だったので「◆子」さん、山の谷間に生まれたので「△子」さん、などの語りをお聞きした。その次に、『子どもの頃の自慢』について質問した。何も自慢することはない、という人がほとんどだった。家が貧しかったので学校へ行く前

に家の手伝いをし帰ってきてからもまた手伝いをしていた、弟や妹の世話をしていた、手伝いばかりで勉強できなかった、などであった。しかし、友達のうちへ遊びに行きピアノが弾けるようになったと話す人もいた。最後に、『毎日やっていること』についてお聞きした。毎朝、神さん仏さんにお水をあげるという発言や、ほとんどの人は「畑に行く」ことについて話をした。そして、お互いに「この人、畑が上手」と褒め合っていた。

印象に残ったのは、『子どもの頃の自慢』や『毎日やっていること』について語られたことは同じような内容であり、一見、多様性がなかったことであった。同じ地域で育った人たちの集合であるためなのか、異なる話をしづらかったのか、その背景まではうかがい知ることはできなかった。しかしながら、参加者は話を聴くことに集中していた。お互いが知り合いであったことから、この話し合いではつながらずというより、お互いを再発見しあっていた。世話人のひとは、皆が必ず発言し、その話を聞き「いいね」と拍手する「自分史の樹」スタイルがあたりらしい経験であったと好意的な感想を述べた。そして今後の高齢者の会合における新たな方法論として強い関心を示した。

2. B地区

秋の平日の午前、高齢者14名、ケアマネージャー1名、教員1名が参加し実施した。

10時から開始予定であったが、参加者の目的は食事会だったためか、食事の時間に間に合うよう三々五々参集してきた。前もって大学から人が来るという情報は参加者には伝わっていなかったようであった。世話人は介護センターのケアマネージャーであった。

10名以上集まるのを待ち、「自分史の樹」の会を開始した。教員から「ひとりひとりの発言が終わったら拍手をしましょう」という取り決めをお願いした。最初に、最もメジャーな『名前の命名者と名前の由来』について質問をした。座っている順で一人ずつ話をしていくことになった。名づけたのは父親がという人が一番多く、母親、おじさん、親戚の人という人もいた。名前の由来は、知らないという人もいたが、新時代にちなんでつけられた「○美」さん、八代目だから「八〇」さん、父の名前を一文字もらって「○子」さん、母が好きな名前だったので名づけられた「△□」さんなどについて語られた。また、自分の名前に「子」がついていないので嫌いだったし今もそんなに好きではないという人もいた。その後、残り時間が

少ないことを進行者は気にしながら、『出身地の自慢』について質問をした。この地区は新しい土地だから自由な雰囲気だと発言があった。その話題で少し話が盛り上がりそうになったところで、昼食の時間となったため、会はお開きとなった。

会の開始は10時の予定が10時40分と遅れ、参加者は最初10名ほどだったが少しずつ増えて最終的には14名となった。会の進行者は教員1名のため、グループが大人数にならざるを得なかった。そのため、名前について一巡するだけで精一杯だった。出身地の自慢について話が途中で終わったことは残念であった。

この地区は前述の地区より平均年齢が高い印象であった。また難聴の人が多く、話のかみ合わないところもあった。教員1名で14名を回すには声が届かず、かつ参加者同士の声もお互いに聞こえにくかったようであった。10名以内ならもう少し個々の話をしっかりと聞いたかもしれない。しかし、このような状況でも、参加者は皆、関心を持って話を聴き、話し合いに加わっているように見えた。

考 察

1. 2つの地区での「自分史の樹」の会における相違性と共通性

異なっていたことは、A地区には参加者の中に世話人という仕切る人物が存在したこと、そして、両地域の風土（文化）の違いであった。地理的にはそれほど距離が離れているわけではないが、会合の醸し出す雰囲気は大きく異なっていた。長年の地域文化や人間関係、地理的な特徴や産業の違いなどからも影響を受けているのではないかと考える。同じ地区で会を継続する場合は、このような地区の特徴をふまえた進行プランを作成するとよいかもしれない。

一方で、いずれも食事会という楽しみな会を目的に、ある程度知り合っている同じ地区の人たち同士の会合であった。時間を共有し、食事を通して健康を意識する取り組みの一部に、この「自分史の樹」の会が加えられ、より深くお互いを知り合える機会となったのではないかと考える。

2. 「自分史の樹」ツールの高齢者健康増進における有用性

1) 訪問者が実践する意味

今回、学生の都合が合わなかったため、教員のみでの訪問となった。学生のフレッシュさには教員はかなわないが、参加者にとっては大学教員への

関心も高かった。A地区では、教員から何かを学びたいという思いが発露していた。訪問者が自分史の樹をとおして持ち込む新しい風は参加者にとっては魅力的であり、「自分史の樹」自体の新規性とあわせて有用であったと考えられる。

2) 日頃からの知り合いであっても新たな発見
各々の参加者が、この会を通して何をどのように感じたかは明確ではないが、これまでとは異なる角度からお互いを再発見できたのではないかと考えられる。「自分史の樹」ツールを用いることで、グループ全体で共通の話ができたことは意味のあることであった。同じ場で時間を共有する機会を持つだけでなく、各々の自分史や思いを知り合うきっかけになった。新たな視点でより深く人をつなぐツールとして「自分史の樹」が役立ったと考えられる。

3) 「自分史の樹」ツールが高齢者集会で使えるという評価

世話人から他の集会でも使える方法との評価をいただいた。このことから、この「自分史の樹」の会を開催する中でリーダー育成も並行していたといえる。世話人が意欲的な場合は、次の活用に役立つような方向付けやフォローアップができることより発展が期待できると考える。

4) 有用性を高める人数と環境について

今回は、10名以上のグループでの実施は盛り上がり妨げた。高齢者は難聴であることを考慮し、お互いの声が届きやすい人数であることが必要である。そのため、一つのグループの人数は10名未満であることがのぞましい。そして、落ち着いて自分たちの話し合いに集中できる環境での実施が、本ツールの有用性をより高めると考えられる。

ま と め

2つの地区での高齢者集会における「自分史の樹」ツールの実践を通して、高齢者の健康増進の一端としての活用可能性が示された。また、地区の特徴にあわせ柔軟に「自分史の樹」ツールを用いることができることが確認された。今後様々な高齢者集会でも本ツールの活用を試み、人と人が繋がる方法として広く用いられることが期待される。

本稿を終えるにあたって一謝辞

「自分史の樹」の活動では、七尾市社会福祉協議会、羽咋市市民福祉部健康福祉課の方々に大変お世話になりました。また、聞き書きにご協力いただき写真の掲載をご快諾くださいましたご夫婦、

「自分史の樹」にご参加くださいました多くの皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 自分史の樹プロジェクト：人をつなぐツール「自分史の樹」展開プロジェクト, [オンライン, http://www.well-pro.jp/sig/pages/prjct_narative.shtml], 金沢大学保健学専攻融合Activity拠点, 11. 20. 2020
- 2) 自分史の樹プロジェクト：「自分史の樹」マップ型, [オンライン, http://www.well-pro.jp/imgs/prjcts/nara_fig_map_L.png], 金沢大学保健学専攻融合Activity拠点, 11. 20. 2020
- 3) 自分史の樹プロジェクト：「自分史の樹」の使い方, [オンライン, http://www.well-pro.jp/divisions/pages/narative_use.html], 金沢大学医薬保健研究域附属健康増進科学センター, 11. 20. 2020

原 著

透析導入後3年経過した2型糖尿病患者の 周囲の人々に対する思い

Feelings of people regarding type 2 diabetes mellitus patients
three years after starting hemodialysis

岡山 未来¹⁾, 稲垣 美智子²⁾

Miki Okayama¹⁾, Michiko Inagaki²⁾

¹⁾ 金沢医科大学看護学部, ²⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系

¹⁾ School of Nursing, Kanazawa Medical University

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

キーワード

透析, 糖尿病, 思い, 周囲の人々

Key words

hemodialysis, diabetes mellitus, feelings, the people around patients

要 旨

本研究の目的は、透析導入3年を経過した糖尿病患者の周囲の人々に対する思いを記述することである。参加者3名に、現象学的アプローチを用いて面接を行った。分析の結果、4つのテーマが抽出された。

- ①透析を受けている自分の状態、または出来事を支えてくれた人々に、自分が生き延びてこられたことを感謝し、今の自分に出来る限りの恩返しをしたい
- ②自立した生活を保ちながらも、いざというときに頼ることの出来る人がいることに安堵する
- ③年々衰える身体を自覚しながら、周囲の中で役割を果たす自分を抛り所にして今日を生きる
- ④自分が成し遂げたいことのために、今、どうしてもこの身体が必要である

以上より、4つのテーマから浮かびあがった患者の姿を十分に活用したケアの重要性が示唆された。

Abstract

The principal aims of this study are to describe the feelings of people regarding type 2 diabetes mellitus patients three years after starting hemodialysis. Utilizing a phenomenological approach, we

連絡先：岡山 未来

金沢医科大学看護学部

〒920-0293 石川県河北郡内灘町大学1丁目1番地

conducted interviews with three participants. From our analysis, the following four themes were extracted:

- 1) Regarding the fact that survival was prolonged, participants were thankful to the persons who had supported them in their condition or the events relating to the dialysis and desired to show their gratitude as much as possible.
- 2) While participants were autonomous in their everyday, they were relieved that they had a person that they could rely on in an emergency.
- 3) While recognizing the fact that their physical status was declining year after year, participants lived in the present and relied on themselves to play a role among the people in their surroundings.
- 4) Participants felt that their body was absolutely necessary to accomplish what they desired.

The above findings suggest the importance of providing care that fully utilizes the patients' image that emerged from the four themes.

はじめに

透析導入の原疾患の第一位は糖尿病であり、中でも2型糖尿病患者が増加している¹⁾。透析医療の発展に伴い、糖尿病透析患者においても、高齢化や透析長期化が進みつつある²⁾。

透析患者は、3年を過ぎると身体・心理的に安定し、透析生活に慣れてくる³⁾。しかし、糖尿病患者の場合、3年を過ぎても糖尿病や透析治療による合併症の危険が高く、潜在的な死の恐怖⁴⁾が存在する。更に、解雇・離職⁵⁾や、生活範囲が狭まる⁶⁾ため、透析導入時期を過ぎた安定時期に入っても、患者を取り巻く社会は広がらない。家族や医療者といった身近な人をつくる限られた社会の中で生活していることが推測される。

先行研究で、研究者は、透析導入時期にある2型糖尿病患者が家族に思いを抱く体験をしていることを明らかにした⁷⁾。患者は、家族の中で、孤独で、疎外感を持った自分の姿を描きながら、糖尿病時代として過去を振り返り、自分と家族とのつながりを見つめ直すことで、現在の自分と家族を見直そうとしていた。そして、自分と家族が互いに支え合う存在であることに気づき、お互いが身近に結びついた家族の姿を描いた。テーマには、家族に対する思いやりが存在しているが、その思いを自ら表現することなく抱えるように大切にする患者の姿がそこにはあった。

一方、透析治療を開始して3年を過ぎた2型糖尿病患者に出会った際、家族に対する思いについて問いかけると、家族や、身近な人など周囲の人に対する思いを語る事ができていた。その語りは、導入時期のように家族への思いを大切にするという姿ではなく、今の自分の身体を大切に思い、その身体を元に、周囲の人とこれからの新しい関

係をつくろうとする患者の姿を感じた。

これまで2型糖尿病透析患者の研究では、生命維持に重点が置かれ、QOLの低さが報告されている^{8) 9)}。特に、2型糖尿病透析患者の場合、透析導入時期を中心に、対人関係トラブルや、周囲との孤立感を抱える事例が多数見受けられる¹⁰⁻¹⁵⁾。春木は、透析導入期から長期透析維持期までに患者が体験する心理プロセスを示している¹⁶⁾。否認に始まり、パニックや怒りなどのプロセスを通し、患者は透析患者として新しい自分を見出していく。ここから、透析導入から年数が経過することで、患者の心理が変化していくこと、さらに、その変化には、周囲の人からの影響を受けていることが推察できる。そこで、透析導入3年を過ぎた時期にある2型糖尿病透析患者の思いの報告¹⁷⁾を確認すると、この時期の患者が日々どのようなサポートを受け、周囲の人からのサポートを受けることに対しどのような思いを抱いているのかについて記述されていた。ただし、その内容は断片的であり、透析導入3年を経過した2型糖尿病患者を対象として、周囲の人への思いに焦点を当てた研究は見当たらなかった。

そこで、本研究の目的は、透析3年を過ぎた2型糖尿病患者の家族や医療者といった周囲の人への思いを記述し、浮かび上がる患者のありのままの姿を明らかにすることとした。研究の意義は、透析3年を過ぎた2型糖尿病患者の姿を明らかにすることによって、患者自身がその姿を描くことを目指したケアの提供につながると考える。そして、透析導入時期や透析3年を過ぎても周囲との関係性が安定しない2型糖尿病患者に対し、有効なケアになりうる可能性がある。

研究目的

本研究では、透析3年を過ぎた2型糖尿病患者の周囲の人々に対する思いを記述することにより、浮かび上がる患者のありのままの姿を明らかにすることを目的とした。

研究方法

1. 研究デザイン

起きている現象や出来事を記述し、それが何であるかを探索する因子探索研究¹⁸⁾を計画し、現象学的アプローチを用いた。現象学的アプローチとは生きられた体験としての現象の本質を明らかにしていくことを探求する記述的研究である¹⁹⁾。先行研究では、この手法を選択し、透析導入時期にある2型糖尿病患者が「家族を思い描く」という現象を明らかにした。本研究では、患者の表現を通じて、浮かび上がる患者のありのままの姿を明らかにする必要があるため、先行研究と同様の手法を選択した。

2. 研究参加者

研究参加者は、透析を導入して3年経過した成人2型糖尿病患者である。参加の条件は、認知機能の低下がみられないこと、心身の不安定な時期（合併症の悪化など）にある方は除外した。この2つの条件に関して、フィールド内の看護師から情報を得た。

研究フィールドは、A県内にある病院の血液浄化センターであった。看護責任者に研究の概要を説明し、参加の条件に該当する方を紹介してもらい、参加者を選定した。研究の参加依頼は、研究者が個別に行い、文書と口頭で研究目的と意義、具体的な方法について説明した。

3. データ収集

平成25年3月から5月にかけてデータ収集を行った。面接の日時については、参加者に希望日時を確認し、2名は透析日（透析後）に、1名は非透析日に行った。調査施設の個室において、研究者と参加者の1対1で面接を行った。現象学的態度による非構造化面接を行った。現象学的態度とは、現象を体験しているその人が感じ意識したことを、先入見なくありのままにとらえることである。面接中は、相手の体験している世界に近づいて理解しようとする姿勢を大切に、先入見を保留する態度で参加者の語りを聴くことに専念した。更に、研究者が知覚したことを、その時々で参加者に返し、参加者の知覚していることを確認し合い、深く対話を進めた。「現在、家族などの周囲

の人々に対してどのように思っていますか」という質問を皮切りに、参加者の語りを聴いた。

面接内容は、承諾を得てテープレコーダーに録音した。面接後に、録音された内容を逐語録に書き起こすとともに、面接時に観察された雰囲気、参加者の表情や仕草を記録した。面接時間は48～76分で、面接回数は1～2回であった。

4. 分析方法

Giorgi²⁰⁾によって示された方法を参考に分析を行った。

1) 全体の意味を捉えるために、逐語録を一例ずつ通して読み、その後さらに丁寧に読み返した。

2) 逐語録を精読しながら、周囲の人々に対する思いに関係する記述を抜き出し、さらにその移り変わりを明確にした。

3) 抽出した記述について、いくつかの語りをまとめて、それらを全体の文脈として理解し、意味単位を抽出した。それらを前後の文脈の流れや全体の意味と関連づけることによって、どのような意味を持つのか記述した。さらに、研究者の受けた印象をまとめた。

4) それぞれの意味単位を、それを特徴づける参加者の言葉で表した。参加者の言葉を抽象化して、意味単位ごとに記述を行った。

5) 各参加者から抽出された意味単位の中から、3名に共通する意味単位を取り出し、それぞれのテーマを見出した。

5. 真実性の確保

真実性の確保²¹⁾として以下のことを行った。現象学的態度を身につけるために、分析方法の学修のため、研修の参加を行い、現象学の学習に十分に時間をかけた。面接の際に、語りの中で不明な点があった場合はその時々で参加者に確認していった。

また、研究の全過程を通して、質的研究の経験が豊富で現象学の知識と実践に富み、更に、研究領域に熟知したスーパーバイザーから指導を受けた。

6. 倫理的配慮

研究の参加は参加者の自由意思とすること、研究のどの段階でも参加をとり止められること、研究参加の有無が患者の不利益にならないことを保証すること、個人情報厳守すること、個人を特定できないようにすること、得られた情報は研究以外の目的で使用しないことを説明した。また、参加者にネガティブな影響があらわれた時は直ち

に研究を中止し、速やかに必要な対応を行うことを説明した。そして、研究同意書への署名をもって研究参加とした。

更に、面接は参加者の透析治療に支障がなく、参加者の希望に沿った日時で行った。面接による心理面への影響に注意し、必要時には看護師にフォローを依頼できる体制を整えた。面接中は、心理面だけでなく、体調の変化にも注意し、参加者に確認した。

本研究は、金沢医科大学倫理審査委員会（承認番号：E138）の審査を受け、承認された。

表 1. 参加者の概要

	A氏	B氏	C氏
年齢	70代後半	60代前半	70代後半
性別	女性	女性	男性
透析歴	3.5年	8年	5年
糖尿病歴	25年	25年	25年
透析の頻度	週3回	週3回	週3回
合併症	3大合併症	3大合併症 心筋梗塞	3大合併症
家族構成	1人暮らし	1人暮らし	夫婦2人
面接回数	1回	1回	2回

結 果

1. 研究参加者の概要

透析施設に通院中の6名に研究参加を依頼した結果、3名から同意が得られた。参加者の一覧は表1のとおりである。

2. 参加者の周囲人々への思いから抽出されたテーマ

分析の結果から、4つのテーマを見出した。ここでは、テーマを構成している各参加者の意味単位を〈〉、その意味単位を表す参加者の語りを「」で示し、文脈をわかりやすくするために研究者が補った言葉は（）で表した。

表2は、各参加者の意味単位一覧である。

テーマ1

透析を受けている自分の状態、または出来事を支えてくれた人々に、自分が生き延びてこられたことを感謝し、今の自分に出来る限りの恩返しをしたい

患者は、自分の身体が不安定な状態であった時期を思い出していた。不安定な時期に、支えてくれた家族メンバーや、透析治療をして生きることを論してくれた医師などに対し、そのおかげで今があるのだと、不安定な状態を支えてくれたことを思い起こして、心から感謝した。そして、生きていることで味わえる幸せを感じながら、今を支えてくれる周囲の人々に対し、患者は可能な限り、お返しをしたいと願っていた。

A氏〈透析治療をして生きることを選択できるように支えてくれた医師に対して感謝している〉
「透析しません。この年になったら、当然死んでいい年だからね。で、もうこれ以上しませんって言って、相当困らせたのよ、先生に申し訳ないほど。それでも、こんこんと私を論してくださったり、もうちょっと長生きするためにはって言われたけど、私は、もう一切延命は、引き受けませんと。私、予定通り70超えたのよ。子どもがね、所帯持って、育児もちゃんとしているし、次、私の番でいいわけ。そしたら、せめてシャントだけでもって言われたんですけど、いや、それもしませんって。」

「(自分の思いを変えたのは)先生の熱心さですよ。本当にこういうばあちゃんに、そこまで親切に言ってくださる必要ないって言うほど言われたから。今、透析したら元気になる、ならないかということ、まったく計算に入っておりません。ただ、先生に対して、ひたすら、ああ、こんな訳の分からん患者にこれほどまでにこんこんと言われるかなあと思った時に、やっぱり私は、ここで折れなかったら、先生に対する本当に返礼でないと思ったね。」

A氏〈透析治療をして生き延びてこれたからこそ、味わえる幸せに感謝し、可能な限り、恩返しをしたい〉

「年いってから子どもを産んだから、(息子たちに対し)とにかく自分は、あなた(息子)の50歳をみることはできんと思うけど、何にも急いではいかんよって言って育ててきた。まあ、幸いにもそうやって育てた子が、もう、50歳を越えたから。」

「本当に医学の道で、これだけ長生きさせてもらったのは、本当に申し訳ない。ただひたすら沢山の費用を使って、こうして動いている間、自分が現在、お世話になっているものの何分の

表2. 意味単位一覧

各参加者の意味単位	
A氏	<p><透析治療をして生きることを選択できるように支えてくれた医師に対して感謝している></p> <p><透析治療をして生き延びてくれたからこそ、味わえる幸せに感謝し、可能な限り、恩返しをしたい></p> <p><甘え癖がつかないように、今は自分の身の回りのことは自分ひとりでしたい></p> <p><いざというときに、頼ることのできる人はいる></p> <p><周囲の中で役割を果たす自分であることが、自分にとって拠り所である></p> <p><今の自分の身体に対して決して過信をしない></p> <p><糖尿病時代のことに思いを馳せない></p> <p><自分の死を見据えて、人生の最後をどのように生きようか、自分で決めたい></p>
B氏	<p><不安定な時期に、本来なら自分が担うべき役割を他の家族メンバーにさせてしまったことへの謝罪の思いを持ちながら、その時期を支えてくれた家族に今、恩返しをしたい></p> <p><今、生きていることで味わえる幸せがある></p> <p><今の自分の身体を長らえさせるため、身体を大切にすることが今の自分の務めである></p> <p><成し遂げたいことのために、どうしても足だけは切りたくない></p> <p><自己管理の重要性に気付かなかった糖尿病時代を思い出す></p> <p><頼ることの出来る家族がいることに、安堵する></p> <p><年々衰える身体を自覚しながら、役割を果たすために、自分の病に負けるわけにはいかないと踏みとどまる></p> <p><身体が辛くとも、気持ちが落ち込んでも、そんな自分に負けるわけにはいかない></p>
C氏	<p><透析治療を受けることになった過去を振り返ることに意味はあると思直す></p> <p><透析後の不安定な状態を気にかけてくれる妻の言葉や、自分の身体を気にかける行為を思い浮かべ、支えてくれる妻に感謝する></p> <p><跡取りとしての家族がしっかりしているから安心している></p> <p><今でも気にかかる家族がいる></p> <p><楽しみを実行するという具体的な目標を持つことが、体力を維持するために必要である></p> <p><父であり祖父である役割は、十分に果たしたため、心残りは何もない></p>

1でも、ボランティアで返していけないと。自分でもっとも価値ある時間を過ごしていると思っています。感謝してます。目の前に来たことに、喜びを持って全力投球をするという日々を送っています。」

B氏<不安定な時期に、本来なら自分が担うべき役割を他の家族メンバーにさせてしまったことへの謝罪の思いを持ちながら、その時期を支えてくれた家族に今、恩返しをしたい>

「そのとき（糖尿病教育での入院）は、父さん（夫）勤めに行っていたし、娘も勤めに行っていたから。娘がいたから、父さんの食べるものとかは（変わりに支度をしてくれた）。だから、（食事内容が）気になっても、そんなの駄目って言えない、私、病院にいるし、世話にならないと。」

「元々、私が糖尿にならなければ、その、腎臓

までいかなければ、ここまでね、でも、うん。もう、なってしまったもの、どうにもならないしね。私が、やっぱり父さん（夫）のところ（入院施設）行ってあげないといけないという思いはいっぱいあります。何するわけでもないけれども。」

「私、この透析になるまでに、何遍も病院をね、出たり、入ったり。本当に迷惑掛けて。娘にもね。だけど、申し訳なかったと思うんですけど、今は私が、お父さん（夫）を、自分がどうであれ、やっぱりちゃんとしていかなんとは思っているんです。いっぱい迷惑かけた分ね。だから、自分がひどくても何しても、私、倒れるわけにはいかない。」

B氏<今、生きていることで味わえる幸せがある>

「『ただいまあ』って言って、保育園の靴投げて。

まあ、一番救われとる。私、この子（孫）に。来たら、もう私、うれしくて仕方ない。ほんと、お父さんのとこ行かんなん、と思いつつ、これを見ると（笑）、うれしくなってしまうっていう感じやね。」

C氏<透析後の不安定な状態を気にかけてくれる妻の言葉や、自分の身体を気にかける行為を思い浮かべ、支えてくれる妻に感謝する>

「マイナスのことは、あんまり言わない、お互いに（中略）。辛いかな、辛くない程度やったり。今日はきつい？とか。人によって感じ方が違うみたいで。僕の場合はね、終わった直前にね、ちょっとめまいするんです、ぐらぐらと。人によって違うみたい。だから、直後が一番危ないっていうか、僕は。転んだりするから。（中略）奥さんの作った食事を食べないとぐちぐち言われるから本当に面倒だよ。（、、、首を横にふり）いや、一生懸命に料理を作ってくれているから食べているんだ。」

テーマ2

自立した生活を保ちながらも、いざという時に頼ることの出来る人がいることに安堵する

患者は、どっぷりと人を頼るわけにはいかないと、ときには、かわいげがなかったり、遠慮がちであったりといった態度で周囲に接している。しかし、いざというときには頼ることのできる家族や友人がいてくれる。そう思えることで、患者はどこか安心していた。

B氏<頼ることの出来る家族がいることに、安堵する>

「娘（から）も、何かあったら、すぐ電話ちょうだいっていう感じで言われているし。父さん（夫）が入院したときも、（電話したら）ひょいって見たら横にいたっていう感じで来てくれて。後で、（電話するのを）その次の日も良かったなあと思うたり。そんな慌ててこさすようなことせんと。だめな母親です、本当に。でも、結局、頼るのは、あの子やしね。（側にいてくれると）安心する。」

A氏<甘え癖がつかないように、今は自分の身の回りのことは自分ひとりでしたい>

「（日常生活で人の助けを借りなくてはいけないことは）今のところ、何も無いわ。これをち

よっと助けてということは、何一つ、いま、今日現在ですよ、今日まで。（中略）甘え癖をつくる。だから、人から見れば、かわいげがないっていうことも。かわいげがない。」

A氏<いざというときに、頼ることのできる人はいる>

「素直に本当に頼むべきときは、頼めばいいと思う。だから、私は、今、3日空けずに友達をどんどん呼んで、食事を一緒にしとるというのは、やがて私も、買い物に行くのが大変やとかいことがあるかもしれん。そんなときに、今、絶えずうちに来てくれる人に、今日、あんパン買ってきて、あんたの分と私の分もらってきて、お礼はしないけど、一緒に物を食べよう。そして、今日を過ごそうと。」

C氏<跡取りとしての家族がしっかりしているから安心している>

「息子も嫁も、あの、しっかりしとるっていうことや（自分が守り築いてきた家も会社も守っていつてくれる）。無駄な金は使わないよ。もう車もいい。（心残り）は）ない、ない、全然ないです。」

テーマ3

年々衰える身体を自覚しながら、周囲の中で役割を果たす自分を抛り所にして今日を生きる

患者は、年々、衰える身体を自覚していた。時折、弱気な自分も顔を出す、それに負けまいと、周囲の中で役割を果たしていくこと、それを抛り所にして、今日を生きていた。

B氏<年々衰える身体を自覚しながら、役割を果たすために、自分の病に負けるわけにはいかないと踏みとどまる>

「体が頑固に辛かって、そんな感じでもなかったんです。透析の帰りも、バス停まで歩かんなんねけれども、そんなに辛くなかった。少し坂なんやけど、透析の後はきついんですよ。本当にだめや。1年1年や。1年ちょっと前までは、なんともなかったのに。本当がた一と、なってしまう。（中略）自分の病気に対して、結局負けてしまったら、私が父さんところに行けないでしょう。やっぱり涙出ることもあるよ。暗い気持ちになって、なんでって思うこともあるけれど、そんなこと思ってもどうにもならな

い。変な話、悪くなくても、良くは、父さんにしたかってね。今の状態が続くか、悪くなるしかないから。だから私は、もう負けてはいられない。」

A氏<周囲の中で役割を果たす自分でいることが、自分にとっての拠り所である>

「私は、半分は自立して、半分は一緒に食べるの。何かお願いするではないの。(中略)昔からおせっかいなの、人がしたくないことを何でもしてあげようと。出来たことに対する優越感よね、言ってみりゃ。させてもらいたい、私、あのより上なんやと。口に出しちゃいかんよ。やっぱり私はね、優越感で今日まで生きてきたんだと思うね。」

C氏<今でも気にかかる家族がいる>

「旦那は旦那で、あの、空手やっとなんですよ。空手やっとなもんで、公民館とか、そんなところで教えとるんですよ。『講習費もらっとなか』言うたら『一銭ももらってないよ。無料やよ』言うて、『ばか』言うて、『何、これ5,000円でももらえ』って。ほんで、ガソリンも、うちの会社の提携のスタンドへ行っとないうし、ガソリンもただ。あいつは一番せこい、やっぱし。あれはあれで、ちょっとあれやったかなと思う。」

テーマ4

自分が成し遂げたいことのために、今、どうしてもこの身体が必要である

患者は、これまでを支えてくれた人への恩返し、今、頼ることの出来る人の期待に応えたい、周囲の中で役割を果たす自分でいたいと、自分が成し遂げたいことのために、どうしても今の自分の身体を必要としていた。

そして、過去の自分を思い出し、まるで自分に言い聞かせるかのように、自分の身体を大事にするためには、自分の身体に対して過信せず、過去にしてきたことは繰り返さないと心に固く決めていた。

B氏<成し遂げたいことのために、どうしても足だけは切りたくない>

「糖尿って、本家本元っていうか、それになると、私みたいに、透析になったり、神経障害だったりとか、うん、やっぱり、あるんやなと思っ。て。(ある人が)透析になって、その後、足(切

って)。結局、亡くなった。私より、(透析導入が)後なのに、だめやったんかなと思って。。。やっぱり私、あんな風にはなりたくない。足も切りたくないし、そんなことになったら、私、父さんとこ通えんし、それだけはだめやなと思っ。て。」

B氏<今の自分の身体を長らえさせるため、身体を大切にすることが今の自分の務めである>

「(他の患者が) あんなん(糖尿病に関するテレビ番組)見たらいかん、いろんなこと考えるからだめや、とかって言うけども、そんなもんでもないし、私はもう(3大合併症)、なっ。てしもうとるから。だから今は、父さんとこ行くのに。うん。だから、自分は、自分が倒れることできんから、やっぱりね、自分で体調管理せんならんっていうことでしょう。」

A氏<今の自分の身体に対して決して過信をしない>

「私は、(身体に対して)自信過剰だったんです。身体を痛めて死ぬことが、人間の最終目的やと思っ。ったからね。自分はね、人さまと違う。私は、大丈夫なんやという、やっぱそういうね、あのおごり、高ぶりかな。そういうもんがあったんですよ。」

C氏<楽しみを実行するという具体的な目標を持つことが、体力を維持するために必要である>

「70、2年前だから4歳か5歳か、こんなこと(透析治療)をやっとなもん、もう暗くなるでしよ。この針刺すのだけ、もう嫌で。(中略)みんな、(気力が)のうなっ。てしまっ。となね、もう気力で。(気力)だけじゃ駄目だけど、ここが面白いんだというのが。それは行きますよ。だっ。て西だから、本当に沼津。沼津いっ。たら、あの、箱根から30分ぐらいのところがあっ。て。全部、高速道路、その先。ほんで、今の車は便利でね、『低速で走れ』言うたら低速で走るし、追突はしないし。(中略)ただ、だっ。て、あのね、これ、あの、(車で温泉旅行を)やめたら、あの、老けてしまっ。て駄目ね。僕らがこの年で老けたら、やっぱり体力も多分、落ちるよ。」

考 察

ここでは、4つのテーマの意味と、そこから浮かび上がる患者の姿について考察していく。

1. テーマ1「透析を受けている自分の状態、または出来事を支えてくれた人々に、自分が生き延びてこられたことを感謝し、今の自分に出来る限りの恩返しをしたい」から浮かび上がる患者の姿について

3年を過ぎた糖尿病透析患者は、自分のこれまでの一番肝心な時を支えてくれた人として周囲の人々を思い出し、自分の生が、その恩返しのためにあると捉えていた。糖尿病透析患者の場合、非糖尿病透析患者と比較して、透析受容が低い²²⁾。しかし、今回の結果から、透析治療を受けている今を他者への恩返しという形で精一杯生きていた。そこには、透析治療になった不満や後悔は語られなかった。むしろ、周囲の人からの支えを自分に与えてもらったものとして感謝し、その恩返しをしようという思いを込めて生きて生活していた。

先行研究では、長期透析患者にとって、療養の支えとなるものは、家族あるいは周囲の人々との人間的なつながりが最も重要な要因²³⁾と報告されている。今回の結果から、患者にとって、これまでの療養を支えてくれた周囲の人とのエピソードを思い起こすことが、むしろ患者の周囲の人々との人間的なつながりを強めるのではないかと考えられた。さらに、医療者にとっても聴くことによる影響は大きいと考える。透析治療の実践現場で、積極的に患者の「語り」を聴くことによる医療者への影響として、患者の語りによって励まされ、透析従事者としての使命感・充実感を味わうことができるとの報告がある²⁴⁾。患者の思いを聴くことによって、今を精一杯生きて生活する患者の根底に、これまでを支えてくれた周囲の人々への感謝の思いが存在していることを、支える側である医療者や家族が知ったならば、応援したい存在、つまり積極的に助けてあげたい存在になれるのではないかと想像できる。また、これから透析治療を避けることの出来ない患者にとっては、透析治療の意思決定に影響する患者の姿である。さらに、透析導入時期にある患者にとっては、このような同病者の思いは、彼らがすすむべき灯台になるかと思われる。このように、これまでの療養生活を支えてくれた感謝の思いとその思いを胸に今を精一杯生きようとする患者の姿は、語る患者自身にとっても、周囲の人々にとっても、励みになることが示唆された。

2. テーマ2「自立した生活を保ちながらも、いざという時に頼る人がいることに安堵する」から浮かび上がる患者の姿について

今回の参加者には、1人暮らしの方も同居の方も含まれていたが、頼ることの出来る人が存在した。その相手は、医療者や、家族、友人であった。結果から、周囲の人に対して頼ることができることと、自分の出来ることをしようとする、自立と依存のバランスを保とうとする患者の姿があった。糖尿病で透析治療を開始した患者は、すでに糖尿病由来の合併症²⁵⁾により、療養生活を送るために他者の助けが必要になる。今回の参加者は、他者への助けを必要としたときに、自主的に助けを借りるという姿勢も持ち合わせていた。患者が自立を維持するために、他者の手をどのようにして借りるのか、それらを学ぶ必要があると考えられる。また、療養生活において、患者の中に、自力で行える範囲と他者に委ねる範囲といった基準は個人によって違うと考えられる。そのため、それらの基準、すなわち、患者の中にある自立と依存のバランスについて、支える側の人たちとも共有できることが、周囲との新たな関係を築いていくためには重要と考えられる。

3. テーマ3「年々衰える身体を自覚しながら、周囲の中で役割を果たす自分を投げ所にして今日を生きる」から浮かび上がる患者の姿について

結果より、心身ともに決して安らかではないが、役割を果たす自分を支えにして、何とか奮起して生活する姿が明らかになった。糖尿病透析患者の場合、糖尿病特有の合併症の併発と腎不全・老化などの相加により促進される合併症、また長期透析による合併症により身体症状の増悪が予想される²⁶⁾。透析治療を導入して3年が過ぎたとしても、糖尿病透析患者の場合、治療に慣れてくるものの、身体の急速な衰えのため、社会的な活動の幅が広がっていきにくいと予測される。患者にとって、所属する身近な集団の中で、役割を果たす感覚を持ち続けられることが、自分の存在価値を高め、その集団の一員としての感覚を保てると考えられる。逆に、その感覚を失ったならば、限られた集団の中で生活する彼らにとって孤立感や疎外感につながる可能性もあると考えられる。そのため、衰えていく身体を経験しながらも、身近な社会の中で、自分の役割を果たす感覚を持ち続けられることが、周囲との安定した関係を築いていくために非常に重要である。

4. テーマ4「自分が成し遂げたいことのために、今、どうしてもこの身体が必要である」から浮かび上がる患者の姿について

患者は、周囲の人々との関係の中で成し遂げた

い事柄を焦点化することによって、自分の身体を成し遂げたい事柄を果たすための必要な身体として位置付けることが可能であった。身体に対する患者の意識に関して、自覚症状がない糖尿病診断初期に自覚症状をどのように捉えているか²⁷⁾や、糖尿病性腎症の診断初期の患者を対象とし、身体をどのように捉えているかというテーマを扱った報告があり、それだけ、糖尿病患者にとって、身体の中に治療を必要とするだけの症状を捉えることの困難さが読み取れる²⁸⁾。さらに、透析導入時期に至っても、透析療法を行う実感が持てないことについての報告がなされており²⁸⁾、患者は、腎不全を患った身体を捉えにくいことが読み取れる。しかし、今回、患者の身体に対する意識は、成し遂げたい事柄を果たすための、必要な身体であり、透析治療を受ける今の自分の身体に対する労いの感覚を持っていた。今の自分の身体を大切に扱い、労おうとする患者の姿は、新たな知見であるといえる。この時期の患者にとって、自分の身体を労う感覚が持てることは、今の自分の身体を長期間維持するためには、それを支える周囲の人々との良好な関係性を築こうとする内的動機にもなると考えられる。さらに、自分の身体を支える透析治療の意味もまたポジティブな内容として受け止めているのではないかと推測でき、身体への労いの感覚は、患者のQOLに対する影響も示唆される。

以上より、今の自分の身体を大切に思い、その身体を元に、周囲の人とこれからの新しい関係をつくらうとする患者の姿として、感謝と恩返しを胸に精一杯生き抜く姿、自立と依存のバランスを保とうとする姿、衰えていく身体を持ちながらも役割を果たす姿、そして、自分の身体を大切に労う患者の姿が浮かび上がった。

5. 透析導入3年を過ぎた透析患者として生命を維持しながら、生活者として生きるために必要なケアについて

本研究の結果から、周囲の人に対する感謝と恩返しを胸に精一杯生き抜く姿、自立と依存のバランスを保とうとする姿、衰えていく身体を持ちながらも役割を果たす姿、自分の身体を大切に労う姿から、患者は身体を長らえさせたいという目標を持つことが出来ていた。つまり、周囲の人々への思いを語る中で、周囲の人々と深く長続きする関係性を築き、その社会の中で、自分なりの貢献をしながら生きて生活していく、そのための身体であるが故に、労わり長持ちさせたい、このような姿を患者自身で描くことが可能であった。しか

し、その思いは聴かなければ表現されることはない。そのため、「周囲の人々への思い」を積極的に聴くことは、患者が周囲の人々とのつながりを思い浮かべるきっかけとなり、これら4つのテーマから導き出された姿を患者の意識にのぼらせることが可能と考える。医療者は、患者の療養生活にサポート源があるかどうかの確認というよりも、患者に対して、周囲とのつながりを意識させ、周囲との関係の中で浮かび上がる自分の姿を認識させるために、周囲の人々への思いを丁寧に聴くことが求められる。

よって、この時期のケアとして、患者の意識に「自分の身体を大切に労う患者の姿」を描かせるために、周囲の人々への思いを積極的に聴くことの必要性が示唆された。そして、明らかになった患者の姿を意識化させるためのケアを実践し、その実践効果を評価していくことが必要である。

研究の限界

今回の研究結果は、透析歴に幅(3.5年、5年、8年)のある参加者3名の結果である。しかし、3名に共通するテーマを抽出することが出来たため、今後は、さらに透析歴を限定して参加者をサンプリングし、結果を精選する必要がある。

結 論

透析導入後3年を経過した2型糖尿病患者3名の周囲の人々に対する思いとして、4つのテーマが抽出された。

- ①透析を受けている自分の状態、または出来事を支えてくれた人々に、自分が生き延びてこられたことを感謝し、今の自分に出来る限りの恩返しをしたい
- ②自立した生活を保ちながらも、いざという時に頼ることの出来る人がいることに安堵する
- ③年々衰える身体を自覚しながら、周囲の中で役割を果たす自分を拠り所にして今日を生きる
- ④自分が成し遂げたいことのために、今、どうしてもこの身体が必要である

4つのテーマより、今の自分の身体を大切に思い、その身体を元に、周囲の人とこれからの新しい関係をつくらうとする患者の姿として、感謝と恩返しを胸に精一杯生き抜く姿、自立と依存のバランスを保とうとする姿、衰えていく身体を持ちながらも役割を果たす姿、そして、自分の身体を大切に労う患者の姿が浮かび上がった。

以上より、4つの浮かび上がった患者の姿を十

分に活用したケアの重要性が示唆された。

謝 辞

本研究に参加してくださいました皆様には、研究参加に承諾していただき、重要な話をご提供していただきました。ここに厚く御礼申し上げます。

なお、この論文は、第18回日本糖尿病教育・看護学会学術集会において発表した。

利益相反

利益相反なし

文 献

- 1) 井関邦敏：CKDの疫学，医学のあゆみ，222 (10)，771-774，2007
- 2) 日本透析医学会統計調査委員会：わが国の慢性透析療法の現況（2018年12月31日現在），透析会誌52(12)，679-754，2019
- 3) 遠藤三保子：透析医療のあり方 MSWの立場から－透析患者の精神医学と心理療法－（初版）日本メディカルセンター，23，東京，1989
- 4) 春木繁一：患者・家族の教育 はたして「教育」で済むのか？，臨床透析，19(8)，1126-1129，2003
- 5) 畠山禮子，福岡裕美子：精神的ストレスから見た血液透析患者の求めるソーシャル・サポートに関する調査・研究 成人看護（慢性期）・老人看護の視点から，秋田桂城短期大学紀要，16，92-103，2004
- 6) 細見明代，能川ケイ：血液透析患者のQOLの向上に関する一考察 日常生活状況の実態から，神戸市立看護短期大学紀要，14，83-93，1995
- 7) 木本未来，稲垣美智子：透析導入時期にある2型糖尿病患者が家族を思い描くという現象，日本糖尿病教育・看護学会誌，16(1)，23-30，2012
- 8) Osthus TBH, Lippe Nvd, Ribu L, et al. : Health-related quality of life and all-cause mortality in patients with diabetes on dialysis, BMC Nephrology, 13, 78, 2012
- 9) Soleymanian T, Kokabeh Z, Ramaghi R, et al. : Clinical outcomes and quality of life in hemodialysis diabetic patients versus non-diabetics, Journal of Nephropathology, 6 (2), 81-89, 2017
- 10) 三生和歌子：糖尿病性腎不全患者の怒りと透析時間延長の拒否に対する理解と対応 心の問題を抱える患者と家族への援助，透析ケア，6 (2)，173-178，2000
- 11) 宇田有希：透析導入になった糖尿病患者への援助，Quality Nursing, 7 (6)，481-486，2001
- 12) 白石純子：糖尿病透析患者の精神的，心理的，心理社会的特徴．腎と透析，53(6)，739-742，2002
- 13) 島袋瑞枝：透析導入を拒み続けた高齢糖尿病患者の支援～透析導入に対し患者と家族の意見対立があった事例～，沖縄県立中央病院雑誌，42，10-13，2016
- 14) Lee VY, Seah WY, Kang AW, et al. : Managing multiple chronic conditions in singapore-exploring the perspectives and experiencec of family caregivers of patients with diabetes and end stage renal disease on haemodialysis, Psychology & health, 31(10)，1220-1236，2006
- 15) 池田優紀子，西村勝治，片村幸代：【患者の心に寄り添う透析看護 精神科医と考えるサイコネフロロジー】スタッフに対する要望が強い患者，透析ケア，25(1)，72-75，2019
- 16) 春木繁一：サイコネフロロジーの臨床（初版），メデिका出版，64-82，大阪，2010
- 17) 高山陽子：透析を受けている壮年期の患者と配偶者の思い，第37回長野県看護研究学会，16-18，2016
- 18) Diers D. : 小島道代，岡部聰子，金井和子訳，看護研究 ケアの場で行うための方法論（初版），日本看護協会出版会，12-17，東京，1998
- 19) 広瀬寛子：看護研究における現象学的アプローチの適応に関する考察－看護面接過程の現象学的分析方法作成までのプロセスに焦点を当てて－日本看護科学会誌，12(2)，45-57，1992
- 20) Giorgi A : The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. Journal of phenomenological Psychology, 28(2)，235-260，1997.
- 21) Holloway I. & Wheeler S. : 野口美和子監訳 ナースのための質的研究入門 研究方法から論文作成まで（第1版），医学書院，東京，120-136，2000
- 22) 小池美貴，藤田祐子，宮崎彩乃 他：糖尿病性腎症患者の透析受容の関連要因の検討－非糖尿病性腎症患者との比較－，看護実践学会誌，

- 31(1), 35-43, 2018
- 23) 寺師宗和, 森田隆久, 上村伸一郎, 他: 長期透析患者の心理学的側面についての検討, 透析学会誌, 18(2), 123-131, 1985
- 24) 市丸喜一郎: 透析患者との付き合い方-「透析患者の語りの会」から-, 日本透析医会雑誌, 30(2), 262-270, 2015
- 25) 小坂志保: 療養生活を支える看護⑥糖尿病性腎症患者の看護, 一般社団法人日本腎不全看護学会編, 腎不全看護 (第5版), 医学書院, 209-211, 東京, 2016
- 26) 原茂子, 乳原善文, 小椋陽介, 他: 血液浄化療法腎臓疾患糖尿病性腎症 糖尿病性腎症の予後と死因, 日本臨床, 50 (増刊号), 203-209, 1992
- 27) 中村あゆみ, 稲垣美智子: 受療1年以内の2型糖尿病患者が自覚症状を捉える仕組み, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 13(2), 136-145, 2009
- 28) 辻口彩乃, 稲垣美智子, 多崎恵子, 他: 糖尿病腎症初期患者の診断時における身体の捉え方の様相, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 16(2), 125-132, 2012
- 29) 藤田祐子, 稲垣美智子, 多崎恵子, 他: 糖尿病性腎症患者の内シャント造設が透析生活に与える影響, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 22(1), 7-17, 2018

原 著

スタッフナースの主観的世界から捉える 病棟看護師チームのレジリエンス

Resilience of clinical nursing team
from subjective view of staff nurses

伊藤 ひかる, 田口 玲子, 長谷川 雅美

Hikaru Itou, Reiko Taguchi, Masami Hasegawa

新潟県立看護大学

Niigata College of Nursing

キーワード

病棟看護師チーム, レジリエンス, スタッフナース, 質的記述的研究

Key words

clinical nursing team, resilience, staff nurse, qualitative descriptive research

要 旨

目的：本研究の目的は、病棟看護師チームのレジリエンスについて、スタッフナースの主観的世界からありのままに捉えその構造を解釈することである。

方法：質的記述的研究デザインを用いた。病棟看護師としての経験を3年以上有するスタッフナース10名に対し、半構造的面接を行った。

結果：分析の結果、【心理的安全空間を保つ力】【ピアで支え合う力】【変化に適応する力】【チームワークを培う力】【理想の看護を共に目指す力】【経験を成長の糧とする力】【ポジティブな空気を連鎖させる力】の7カテゴリーが抽出された。

結論：病棟看護師チームのレジリエンスは、7のカテゴリーが相互に作用し合い、補完し合い、時間の経過と共に、病棟看護師チームが課題や難局と向き合い、次第に回復し、さらにチームの成長へと向かう過程を促進する力として存在していた。

連絡先：伊藤 ひかる
新潟県立看護大学
〒943-0147 新潟県上越市新南町240番地

Abstract

Objective : The objective of this study is to interpret the structure of the resilience of clinical nursing team from subjective view of staff nurses.

Methods : A qualitative descriptive study design was used. Semi-structured interviews were conducted with 10 staff nurses who had at least 3 years of working experience as a ward nurse.

Results : Data analysis extracted seven categories : *strength to maintain psychological safety space, strength to support peers, strength to adapt to change, strength to cultivate teamwork, strength to work together for ideal nursing, strength to use experience as a source of growth, and strength to support a positive atmosphere.*

Conclusion : Clinical nursing team resilience was the ability of the seven categories to interact and complement each other, facilitating the process of team recovery and growth.

緒 言

近年のストレス研究では、ストレスの影響に対する「脆弱性」から「レジリエンス」への注目といった視点の転換が行われてきた¹⁾。レジリエンスとは「深刻な危険性にもかかわらず、適応しようとする現象²⁾と定義されており、困難な体験からの回復を意味するポジティブな概念である。さらに、レジリエンスは「誰もが保持し伸ばすことができ、その経験を自己の成長の糧として受け入れる状態に導く潜在的な回復性であり、文化的・地理的差異は極めて少なく、誰もが備えている特性³⁾であると定義されているように、誰もが学習し発達させることができる潜在的な回復性であるとされている。

近年様々な領域でレジリエンス研究が盛んになっている一方、研究領域によって「個人」レベルや「組織」レベルなど、どのレベルでレジリエンスを捉えるかに違いがあることが指摘されている⁴⁾。看護の領域においてもレジリエンス研究は散見されるようになってきているが、そのほとんどは「個人」を対象とした研究である。病棟での看護は看護師のチームワークによる業務の遂行が日常的であるにもかかわらず、病棟看護師チームにおける「チーム」レベルのレジリエンスを検討している研究は少ない。

病棟看護師チームのレジリエンスを検討した先行研究には、役職者以外の病棟看護師を対象とした質問紙調査により「チームレジリエンス尺度」および「チームレジリエンス行動尺度」の開発を行った研究⁴⁾や、師長や主任経験者へのin-depthインタビューにより医療安全の視点から組織レジリエンスを検討した研究^{5) 6)}がある。これらの先行研究の結果、職場内のコミュニケーションの円

滑さや、変化に対応できる柔軟な風土、主体的に学習する風土などが病棟看護師チームのレジリエンスとして報告されている⁴⁻⁶⁾。しかしそれらの結果は、質問紙調査によるある一時点でのデータや、医療安全の視点に限定した病棟管理者の語りから得られたものである。病棟看護現場において、常にチームで行動し、チームの特性やチームの力に強い影響を受けると考えられるスタッフナースの視点から語られた病棟看護師チームのレジリエンスは明らかにされていない。

また、關本ら⁷⁾は、国内外の看護師を対象としたレジリエンス研究の動向を検討した結果、横断的な研究では限界があり、プロセスの中でレジリエンスがどのように変化したかという研究が今後必要になると指摘している。太田・岡本⁸⁾も国内のレジリエンス研究は、サポート資源の有無に着目しており、どのような環境要因が個人に影響を与え、回復を促しているのかといったダイナミックな環境要因の機能の詳細が明らかにされていないことを指摘している。

そこで本研究は、病棟看護師チームのレジリエンスについて、スタッフナースの主観的世界からありのままに捉えその構造を解釈することを目的とする。本研究による成果は、病棟看護師チームのレジリエンス向上に向けた、スタッフナースならではの視点を活かした方策の考案に寄与できると考える。

用語の定義

本研究では「レジリエンス」を、「人やチーム・組織が、困難な状況にもかかわらず、しなやかに適応し回復する過程を含む逆境力であり、回復過程を促進する力」と定義した。

さらに、本研究において病棟看護師チームの「困難な状況」とは、「病棟看護師チーム全体が困難に直面し、一時的に落ち込んだムードに陥ったり、士気が下がったり、緊張状態になったりする状況」と定義した。また、本研究において病棟看護師チームが困難から「回復した状態」とは、「病棟看護師チームが困難な状況から立ち直り、穏やかさや活気、意欲を取り戻した状態」と定義した。

くわえて、本研究において「病棟看護師チーム」とは、「1つの病棟に配属された病棟看護師全体」と定義した。

研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究デザインを用いた。質的記述的研究デザインにおける現象への接近の仕方や、現象の捉え方は、①1つの現実や唯一の真実を探し求めるのではなく、現実には複数あるという前提でものごとを探求する、②研究者にとってではなく、研究参加者にとっての事実の見方を理解しようとする、③関心のある現象の自然な文脈を破壊するのを最小限にする方法で探求する、④研究参加者の言葉を用いた濃厚な記述によって現象の理解を伝える、という特徴を有している⁹⁾。そのため、本研究デザインを用いることで、病棟看護師チームが困難な状況から回復し、成長へと向かっていく過程を促進するために、チームレベルでどのような力が重要となるのか、スタッフナース個人の主観的世界から、日常的でリアリティのある内容を記述することができる考えた。

2. 研究参加者

研究参加者の選定方針は、A県内の病棟数が4病棟以上ある中規模以上の病院の病棟に配属されている看護師のうち、病棟看護師としての経験を3年以上有する役職者以外の看護師とした。

谷口¹⁰⁾は、レジリエンスとはネガティブイベントから立ち直っていく過程や結果を重視していること、また、困難からの回復において、何年か経た後で体験の振り返りにより困難に肯定的意味を見出すことが大切であると述べている。そのため本研究では、病棟看護現場でのネガティブイベントからの回復や成長を経験し、振り返ることが可能であると考えられる、病棟看護師としての経験を3年以上有する看護師を対象とした。

また、本研究において研究参加者が所属する病棟の診療科は限定しないこととした。病棟看護師チームのレジリエンスを検討している先行研究⁴⁻⁶⁾

では、病棟の診療科は限定しておらず、研究データより事例横断的な共通要因が見出されている。

3. 調査期間

2019年3月～2019年4月

4. データ収集方法

研究参加者が日常的な実践や出来事を、自然な状況でありのままに語るができるように留意し、プライバシーを確保できる個室にて半構造的な面接を行った。本研究の目的を達成するために、研究参加者には事前にレジリエンスの定義を説明した。また、本研究では、病棟看護師「個人」である自身の状態ではなく、病棟看護師「チーム」の状態に影響したレジリエンスを明らかにすることが目的であることを強調して説明した。

面接では、病棟看護師チームが困難な状況から回復した事例を想起してもらい、病棟看護師チームはどのように回復していると感じるかを研究参加者の主観的世界から語ってもらった。研究者はチームの回復に影響していると思われる内容に対し、深く話を掘り下げ、前後の脈絡、時間的経過、事柄の相互間の関係、それぞれの出来事がチームにとってどのような意味があったかを整理しながら聴いた。研究者は、研究参加者が体験を詳細に想起し、語るができるよう、適宜状況に根差した質問を行った。

5. データ分析方法

帰納的分析方法を用いた。研究参加者毎に逐語録に起こしたデータを繰り返し精読し、全体論的な視点から把握した。そして、病棟看護師チームの回復を促進していると考えられる部分に着目し、データを意味が損なわれない単位で区切りコード化した。次に、抽出されたコード同士を見比べ、相違点、共通点ごとにまとめられたものをサブカテゴリーの形で抽出した。さらにサブカテゴリー同士を比較・分類しまとめられたものからカテゴリーを抽出した。最終的に、各カテゴリー間の相互関係から、病棟看護師チームのレジリエンスの構造を検討した。

6. 結果の真実性

結果の真実性を確保するため分析の全過程において、精神看護学の専門家からスーパーバイズを受けた。また、研究参加者に生データ（逐語録）と予備的解釈を提示し、語ったことの意図や実際との相違がないこと、および病棟看護師チームのレジリエンスとして了解可能であることを確認した。

7. 倫理的配慮

本研究は所属機関倫理委員会(承認番号018-12)および研究協力機関倫理委員会の承認を受けた。研究参加者には、研究への参加・協力の自由、研究参加の拒否・中断による不利益がないこと、個人情報取り扱い、語りの内容は匿名・コード化し、プライバシー保護に努めること、資料・情報の保管および廃棄の方法、研究参加者に生じる負担並びに予測されるリスクおよび利益とリスクを最小化する対策、研究者等の研究に係る利益相反、研究機関の長への報告内容および方法、研究に関する情報公開・研究成果の公表について、研究参加者等およびその関係者からの問い合わせ、相談への対応に関して書面と口頭で説明し、同意書への署名をもって同意を得た。なお、本研究の対象はスタッフナースであるため、研究参加者には研究への参加の有無は病棟管理者や病院管理者に知られないことを保証した。

結 果

1. 研究参加者の属性

研究対象となった病院はA県内の病床数190床以上400床未満の3か所の病院であった。3か所の病院は、病院の教育プログラムに基づき、継続的な教育体制やキャリア支援体制が整備されている病院であった。本研究の対象となった病棟は、看護スタッフ数20から30名程度の病棟であった。

研究対象者は10名(男性2名、女性8名)で、年齢は25-37歳(平均 31.6 ± 4.8)、病棟看護経験年数は3-14年(平均 8.4 ± 4.2)、看護師経験年数は3-15年(平均 9.1 ± 4.1)であった。研究対象者の所属している病棟は、地域包括ケア、重症心身障がい児・者、内科系・外科系混合、神経内科、精神科、小児科等混合、リハビリテーション、緩和ケアの8種の診療科であった。病棟以外の部署での経験も含め異動経験のある者は8名、異動経験のない者は2名であった。インタビュー時間は34-83分(平均 52.9 ± 13.7)であった。

2. スタッフナースの主観的世界から捉える病棟看護師チームのレジリエンス

得られたデータを分析した結果、35のサブカテゴリと7のカテゴリが抽出された。各カテゴリ間の相互関係から、病棟看護師チームのレジリエンスの構造を検討した結果、病棟看護師チームのレジリエンスは、7のカテゴリが、時間の経過の中で相互に作用し合い、補完し合いながら、チームが困難な状況から回復や成長へと向かう過

程を促進していると解釈することができた。

以下、カテゴリは【 〇 】, サブカテゴリは [〇] で表記する。

1) 【心理的安全空間を保つ力】

メンバー一人一人の「心理的安全」が確保されているということが、病棟看護師チームの回復過程を促進する基盤となるレジリエンスであった。

このカテゴリは、[全人的な相互理解を通じた質の高い繋がり][組織との一体感][支持的な風土・雰囲気][頼れる病棟管理者の存在]という4のサブカテゴリから構成された。

Aさんは、何気ない会話や関わりを通して、メンバー同士が仕事を淡々とこなしているだけでは分からない新たな一面を発見し合うことが[全人的な相互理解を通じた質の高い繋がり]を築くために重要であったことを語った。

お酒を飲むといろんな話も出やすくなりますし、先輩、上司といえども、普段よりも気軽に話せる仲になって、そういうところで、病院、仕事とは関係ない話をしたりすると、その人と仲が近くなったりとか、この人こういうところがあるんだとか知れるんですね。そうすると、仕事も仲良くやりやすくなりますし、周りとの壁がちょっとなくなるというか、チームとして入り込めるというか、いろいろ言い合える仲になるというか。そのような関係性を保っていければ、(略)連携というより、連携の前の準備というか。何気ないことですけどね。

Hさんは、チームが未経験の状況に直面した際、たまたま師長が長期間不在であり、その際に看護部長、副部長、他部署の師長、さらに他職種という、部署を越えた病院全体からサポートを受けた経験を語り、自分たちだけではないという[組織との一体感]を感じられたことがチーム全体の安心感に繋がっていたことを語った。

この病棟だけでやってるんじゃないんだなっていうのはありましたね。部長さんとかも入ってくれたので、あ、私たちだけじゃなくて、上の人も見てくれてるんだなっていうところはありましたね。大丈夫?って、けっこう仕事の合間とかに来てくれて。

[支持的な風土・雰囲気]は、悪口を言い合わない風土や、穏やかな師長が病棟全体を「ふわっと柔らかい雰囲気に(D)」しているといった語りから抽出された。[頼れる病棟管理者の存在]は、師長が働きやすい環境を作ってくれていることや、スタッフと一緒に業務を行ってくれ

たり、メンバー一人一人の話を親身に聴いてくれたりする姿勢がチーム全体に安心感を与えているといった語りから抽出された。

2) 【ピアで支え合う力】

メンバー同士のピアで支え合う力によって、困難から回復していける環境や体制があるということが、病棟看護師チームの基盤となるレジリエンスであった。

このカテゴリーは「メンバー同士で支え合うピアサポート力」「あたりまえに助け合う風土」「個人に背負わせない姿勢」という3のサブカテゴリーから構成された。

病棟看護現場では、メンバーが情緒的な消耗や精神的ショックを感じるような出来事が少ないため、精神面を「メンバー同士で支え合うピアサポート力」が重要視されていた。Iさんは、チーム全体にメンバー一人一人のありのままの感情を受け止め、感情のカタルシスを支える環境があったことを語った。

普段そんなに感情出すような看護師とは私の中では見えなかったんですけど、その看護師がIC（インフォームドコンセント）終わったあとに大勢のスタッフの前で大泣きをしたんですよ。で今先生からこういう話があったと、本人や家族はね、こんな感じだったっていうのを、こう泣きながら話しているのを見た時に、なんか逆に私はすごいなと思ってしまったんですよ。そういうのをなんか普通に病棟のスタッフにありのままに話せるこの環境が逆にすごいなと思って。なかなか人前で泣いて話すっていうことが、経験年数を重ねれば重ねるほど出来なくなるっていうか、やらなくなるっていう現状なので、それを大ベテランの方が普通に、普通に受け止めてるスタッフの姿が、なんかすごく新鮮に見えたというか。

Gさんも、同じ経験やつらさを共有している仲間だからこそ発揮することができる「メンバー同士で支え合うピアサポート力」が、チームの「回復力の根底」にあることを語った。

みんな意識してなくてもそれが当たり前じゃないですけど、みんなそれぞれ、それこそ亡くなった人を受け持っていた人っていうのは、やっぱりみんな同じ経験をしているので辛さがお互い分かるから、満足いくことも、全然満足いってないって、ケアに満足いってないって人もいるし、なんかその辺はみんな意識してなくてもその声のかけ合っているのができているのが、うちのチームの回復力の根底にあるのかなって思いますけど。

「あたりまえに助け合う風土」は、業務に追われているメンバーが助けを求めなくても、チーム内に「カルテもうさばいてあるからね（H）」といった声が飛び交い、「誰かがこれしといてって言わなくても（H）」あたりまえに協力し合う風土があるといった語りから抽出された。「個人に背負わせない姿勢」は、荷が重い仕事を受け持ち看護師一人に背負わせず「チーム全体でその方の方針を探っていく（D）」姿勢があるといった語りから抽出された。

3) 【変化に適応する力】

日ごろから逆境に備えるための努力を継続することや、新たなものを取り入れていく柔軟さを備えていることが、日々変化し続ける環境に適応していかなければならない病棟看護師チームにとって重要なレジリエンスであった。

このカテゴリーは、「予測・対策する力」「新たなことを取り入れていく姿勢」「学び続ける姿勢」「柔軟さと臨機応変な対応」という4のサブカテゴリーから構成された。

Hさんは、父親からの虐待により入院してきた患児を危機から守るために病棟看護師チームが「予測・対策する力」を持ち、院内全体と連携して危機に備えた経験を語った。

院内に（虐待の加害者である）お父さんは入れないっていうところで、もう受付の方に、とりあえず来られた時に、部屋番号とか病棟名とかもお伝えしてないので、お父さんには、受付のところで父親っていうワードが出たら、今入院していませんっていう対応にさせてもらって。いつやっばり入院中であっても危害が加わるか分からないので。

Eさんは、チーム内に若いメンバーの感性や異動してきたメンバーの感覚を尊重し、柔軟に「新たなことを取り入れていく姿勢」があることを語った。

1年目や2年目や3年目の子たちの方がもっと自分たちより新しい知識も持ってるわけで、そういう子たちがそう感じるんだから、それはそうなんですよね。新しく来た人だからこそ気づけるところっていうのがあると思うので、そういうのを具体的に、業務改善なり、なんなりで声に出してきちんとこう実際に取り組んでいくっていうのがあると、あ、そうだなーって気づきますよね。

「学び続ける姿勢」は、チーム全体が患者に最善を尽くしたいという気持ちを持っており、学びの機会に積極的に飛び込む姿勢があるといった語

りから抽出された。[柔軟さと臨機応変な対応]は、頼れる師長や慕われていたメンバーの異動に対しチーム全体が落ち込んだが「もう頑張るしかない。正直もうどうすることもできないんで、とりあえず（メンバー同士で）喋って喋って、でもこうなったらこうするしかないよねとか（C）」と、メンバー同士で語り合い変化に対し柔軟に対応していこうとする語りから抽出された。

4) 【チームワークを培う力】

チーム内の状態を整えチームワークを培っていくことが、命を対象とした仕事をチームで遂行するために重要なレジリエンスであった。

このカテゴリーは、[若いメンバーを育てようとする姿勢] [心情を伝え合う姿勢] [疎外せず共に歩む姿勢] [多様なメンバーの強みを活かす姿勢] [水面下の取り組み・調整] [人材育成の工夫とチーム運営] [言うべきことは言う勇気と努力] [チーム内の人間関係への介入と静観] という8のサブカテゴリーから構成された。

Dさんは、先輩メンバーが出し惜しみせず積極的に[若いメンバーを育てようとする姿勢]を持っていることを語った。

勉強会しようよって言葉もなく、これはねって感じで（メンバーみんなに教えようとしてくれる）。みんな知りたがってることなんですよ。ベテランさんそういうのに敏感といいますか、後輩たちが学びたいって思ったことを教える機会を作ってくださいと言いますか。

Bさんは、指導において[心情を伝え合う姿勢]を大切に、厳しい指導の裏に隠れた温かい心情を後輩に伝えることの重要性を語った。

きちっと自分の考えてることは伝えますよね。厳しいこと言うのはさ、お前のこと好きだからなんだよって言う。最初に俺厳しく言うかもしれないけどそれはね、好きだからなんだっていうのを、もう相手わかってれば、あとどの場面で厳しいこと言われても、もうわかってるから。

Fさんは、チームの輪から外れているようなメンバーをうまくチームに取り込み[疎外せず共に歩む姿勢]を持つことが重要であることを語った。

〇〇さん得意じゃないですか、お願いしますみたいな感じで。良いところですかね、も知って、それを引き出す人がいるっていうことなんですけど。〇〇さんどうですか？って言って、終わりました？とか言って、こんなか？とか言って、これで良いと思います、あと師長さんに出せばとか、そういう感じの、質問もできない人にはこっちか

らってというふうに特に意識して。

Jさんは[多様なメンバーの強みを活かす姿勢]によって、様々なメンバーの個性を潰さず強みを認め合うことがチームにとって重要となることについて語った。

でもかえって責められないと自分が起こしたミスが、やっぱり重要性が分からないっていうのもあるんですよ。なのでその人とそういう人（ミスを擁護する人や強く指摘する人）がいるっていう、やっぱそれがチームってね、それぞれあっていいんじゃないかと思うんですよ。

Fさんは、チームメンバーが個々に動いており、新人へのサポートが行き届いていなかった状況において、中堅看護師が自発的に職場外で集まり、スタッフナース独自の[水面下の取り組み・調整]によって、チームの状態の改善や調整を図った経験を語った。

まずはここ（中堅看護師の意識）を固めないと、ここが方向性を一つにしないと、うん、意識をっていうことでまずはそこを固める会をし、それでじゃあ次はチーム全体だねっていうことで。（公式のカンファレンスでは）チームでどうやっていこうかっていうのも患者さんの話題で検討してるので、じゃあチームが実際良くなるには、自分たちがどう変わるのかっていうところの話は一切出来ていないですね。なんかケアの方の改善に集中しちゃって、なかなか。（チームに関する）ネガティブな部分をおおっぴらに出せない。

[人材育成の工夫とチーム運営]は、新人が辞めてしまうことが続いたが、病棟の勉強会係で新人への理解を深める勉強会等を行ったことで、ベテラン看護師の新人への理解や対応が変わったといった語りから抽出された。[言うべきことは言う勇気と努力]は、信頼関係の下スタッフナースが副師長に対し、もっとチームを引っ張ってほしいという意見を伝え、お互いに本音で話し合い、良い方向へと向かっていったという語りから抽出された。[チーム内の人間関係への介入と静観]は、チーム内の雰囲気が悪化した際、介入すべきところは介入するが、できることをやったら静観するしかないといった語りから抽出された。

5) 【理想の看護を共に目指す力】

過酷な病棟看護の現場において、メンバー一人一人が持つ看護の心が折れないよう、チーム内や組織全体と団結・連携し、1つの目標に向かう力はチームが持つ看護の力を最大限に発揮するために重要なレジリエンスであった。

このカテゴリーは、[看護の心の連鎖] [チームを導くリーダーシップ] [同じ目標に向かって尽力する姿勢] [連携によるチーム力の発揮] [部署を越えた連携] という5のサブカテゴリーから構成された。

Iさんは、メンバー一人一人が持つ「看護の心」が相互に影響し合い、つらく過酷な現場においてもいきいきと力強い連携が生まれた [看護の心の連鎖] について語った。

みんなすごく疲れてるし、すごく大変だろうし、決して楽な病棟では絶対ないはずなのに、なんでこんなみんな生き生きと楽しく働けるんだろうって。仕事だからっていつて割り切ったりとか、しょうがないよね、だってこの人いつか死ぬんだもんで、仕方ない仕方ないっていう風に思っているようなスタッフばかりだったらもうこの話はないと思うんですね。だけどそういう風に思わなかったってところが、やっぱりみんな看護の心をしっかり持ってたんだらうなとか思うので。最終的にはどんなに経験年数重ねても、連携を組む最終的なものはそういう看護の心なんだらうなっていうのも思いました。みんな看護が好きだったのかなって今でも思います。

Gさんは忙しく過酷な状況においてもいきいきとした楽しい雰囲気生まれた大きな要因は主任の存在が大きかったことを振り返り [チームを導くリーダーシップ] の重要性について語った。

その人 (当時の主任) の影響力はすごくあったなあと。ビシッと締めるところは締めて、緩めるところは緩められる人だったんですよ。(略) とにかくその時忙しかったんですけど、なぜかあの時は、大変だったんだけど、ミスもそんなになく、疲れるけど楽しかったんです。働いてて。あれでも多分みんな同じ感覚だったんじゃないかなっていうのはすごくあって。でもあれはやっぱりその主任さんだからだったんだらうなっていうのはすごくありますね。

[同じ目標に向かって尽力する姿勢] は、患者の死が続くチーム全体がづらい状況であってもメンバーがデスクカンファレンスにきちんと向き合い「つらいけど頑張っていこうっていう気持ちがある。みなさん、こうしていけばいい、こうしていきたいっていう、なんとかしていこうっていう気持ちがあるからそういうふうにとまどっていかなくて (A)」と、チームが同じ目標に向かって尽力する姿勢があるといった語りから抽出された。[連携によるチーム力の発揮] は、未経験の

事態に直面した際、メンバー同士でアイデアを出し合い事態を乗り越えたといった語りから抽出された。[部署を越えた連携] は、院内の虐待チームと連携し、虐待を受けていた患児のために院内全体で全力を尽くしたといった語りから抽出された。

6) 【経験を成長の糧とする力】

一つ一つの経験から学び、経験を成長の糧とする力が、チームの成長や持続的な発展に繋げていくために重要なレジリエンスであった。

このカテゴリーは、[経験から学び共有する体制] [未経験の事態を乗り越えた経験] [失敗を認め合う姿勢] という3のサブカテゴリーから構成された。

Jさんは [経験から学び共有する体制] によって、経験を成長の糧としチーム全体で声のかけ合いやミスを防止する関わり合いが増えたことを語った。

(チーム全体で) 声はかけ合うようになりますよね、ミスをしたことで。輸液ポンプのチェックだったりの時に、あ、これはした? とか言って、今大丈夫? とか、私やろうか? とか。負担になってないかとか。(ミスをしたメンバーが) 気持ちの面で回復するまでちょっと受け持ちを少なくするとか配慮もしますね。でちょっとフォローしてるっていうか、注意してみたいこうっていうので関わったりしますね。

Bさんは [未経験の事態を乗り越えた経験] がチームの自信やキャパシティの拡大に繋がったことについて語った。

(大震災被災者の入院時、患者の) 名前も知らない、なんにもわかんないっていう中で検査して、じゃあ貧血改善しようって言って輸血して、で、ちょっと意識が戻ってっていうような。みんなやっぱりチームとしては緊張する場面だけど、成長するよね。あんまりない経験をして、その時にそこに勤めてなきゃ、一生こんな経験できないだろうしさ。名前探しているか所を探しからのなんてあんまりないからね。

[失敗を認め合う姿勢] は、ミスの重さがわかっているが故にメンバー間の落ち込みは大きいのが、安易に励ましはせず失敗を認め合うといった語りから抽出された。

7) 【ポジティブな空気を連鎖させる力】

日々変化やストレスに曝される病棟看護師チームにおいて、困難な状況においても前向きに切り替えポジティブな空気を連鎖させる力は、すべて

のカテゴリーにポジティブな影響を及ぼし、病棟看護師チームの回復過程を促進するキーとなるレジリエンスであった。

このカテゴリーは、[ムードメーカーの存在] [良い行動の引き継ぎ・連鎖] [患者からもらう元気・パワー] [良い方向に切り替える関わり合い] [モチベーションが高まる環境] [緊張感を和らげるユーモアや雑談] [楽観的で前向きな姿勢] [看護の成果への安堵感・達成感] という8のサブカテゴリーから構成された。

Hさんは、多忙な状況により緊張したムードになることが多い病棟看護の現場において、[ムードメーカーの存在]によってチームがうまく機能していることを語った。

うちのチームは上の先輩が元気なので。たぶん先輩は意識してないんだろうけど、すごい声かけしてくれますね。切羽詰まった状態でも上手いかんから、1回ちょっと座んないみたいな感じで声かけてくれたりすると、その子も知らずと一息つけて、でまた行けたりするから、ああ上手いなあと思いますね。

Gさんは、自身が先輩メンバーに救われた経験から、自分がされてよかったことや、先輩たちが築き上げてきたよい風土を引き継いでいることを振り返り、チーム内に起こる [良い行動の引き継ぎ・連鎖] について語った。

(ねぎらいの言葉のかけ合いを) 今までも上の人たちがけっこうやってくれていたことで、自分も言われると、落ち込んでいたんだけど、私ちょっと頑張れたかなっていう思いにもなるので、それは引き継いで私も。良いことだなと思って言うようにはしていますし、たぶん他のスタッフも、いやあお疲れさまでしたとか、あの朝だったんですねとか、そういう声かけはここでは基本みたいな感じになってますね。

Bさんも自分自身が先輩メンバーに心から救われたという実感が [良い行動の引き継ぎ・連鎖] を引き起こす要因となっていたことを語った。

(仕事でつらい時期に) その先輩が言ってくれたからちょっと俺が楽になったわけだね。すごいよかったっていう、その時ね。思ってるし、そう思ったことはちゃんと自分は後輩にしてあげなきゃいけないっていうのはあるよね。

Cさんはナースステーションで過ごす患者がいることによって、チーム内に温かくほっこりとした空気が流れていることを振り返り、[患者からもらう元気・パワー]によってチームが励まされ

ていることを語った。

(ナースステーションで過ごす患者が) 過去に社長してたとか、なんかけっこう話、笑ってそれでまあ、患者さんもおもしろいんですね、いろんなおもしろい話いっぱいしてくれたりして、本当看護師だけでわいわいやってるんじゃないって絶対患者さんがいるんですね。

[良い方向に切り替える関わり合い] は、メンバー同士で積極的に励ましの声をかけ合い、落ち込んだ雰囲気切り替えを行っているといった語りから抽出された。[モチベーションが高まる環境] は、患者の死や困難な状況から学び、よりよい看護に活かしていきたいというチーム全体の思いが、メンバーのモチベーションアップにつながっていたといった語りから抽出された。[緊張感を和らげるユーモアや雑談] は、「黙ってる新人さんたちが口を開けるような (C)」先輩看護師のユーモアや雑談が、メンバーの緊張感を和らげているといった語りから抽出された。[楽観的で前向きな姿勢] は、患者の外出について悪いことばかりを考え過ぎずしっかりと対策を立てたうえで「やってみよう。だめだったらもうちょっとやめてみればいいじゃない (F)」といった前向きな姿勢も重要であった、といった語りから抽出された。

[看護の成果への安堵感・達成感] は、「大変な患者さんだったけど、無事に退院できたり、ありがとうって言われるだけで私たちは救われているんだろうな (I)」といった語りから抽出された。

考 察

1. スタッフナースの主観的世界から捉える病棟看護師チームのレジリエンスの構造

病棟看護師チームが持つ潜在的な回復性を十分に発揮するためには、チームのレジリエンス発揮の基盤となる【心理的安全空間を保つ力】や【ピアで支え合う力】が培われていることが重要であると解釈できた。心理的安全は「人々の相互の信頼と尊敬が存在する時に」生じるものであり、不安を感じることなく自由に意見を言えるコミュニケーション環境を指す¹¹⁾。このようなチーム環境は、研究参加者が表現したように「連携の前の準備」として、あらゆる困難な状況においてもチームが連携の取れたパフォーマンスを行うために、チームの基盤になくてはならないレジリエンスであると考えられる。また、谷口¹⁰⁾は混乱状態からの回復に必要な環境や支援について、精神的に安全な環境を作ったうえで、十分に自己の感情を感

受することが必要であると述べている。メンバーの情緒的消耗が避けられない病棟看護の現場において、お互いに語り、共感し、助け合う【ピアで支え合う力】は、病棟看護師チームにとって回復の基盤となるレジリエンスであると言える。

また、田口・宮坂¹²⁾は、患者に良いケアを提供したいという看護師の動機を損なわないための機会を作り、チーム環境を整えることが必要であると述べている。さらに鬼塚・高木¹³⁾は、優れたチームワークがチームの優れたパフォーマンスに直ちに結びつくわけではなく、メンバー個人々の課題を遂行する動機づけや、知識や技術といった個人要因が不足していれば、チームワークがどれほど発展して優れたものとなっても、高い成果をあげることは困難であると指摘している。基盤的なレジリエンスと共に、【変化に適応する力】や【チームワークを培う力】によって、変化に適応していくための柔軟性や、よいチームを作っていくというチーム全体の意識があってこそ【理想の看護を共に目指す力】や【経験を成長の糧とする力】が十分に発揮されることが考えられる。

さらに、【ポジティブな空気を連鎖させる力】が困難な状況においてもポジティブなものを取り込みチーム内に好循環を起こしていくにあたってキーとなるレジリエンスであることが考えられた。

本研究において導き出された7のカテゴリーは、時間の経過の中で有機的に作用し合い補完し合うことによって、一つ一つのカテゴリーの総和以上の力を発揮し、病棟看護師チームの回復を促進していると解釈できた。

例えば、研究参加者の語りから、チームが未経験の困難な状況に直面した際、[頼れる病棟管理者の存在]として重要視されていた病棟師長が長期間の出張のため不在であったという状況があった。その際には、看護部長や他部署の師長や他職種が応援に駆けつけ、常時チームを気にかけている姿勢や、チームメンバー同士で【ピアで支え合う力】が病棟看護師チームの【心理的安全空間を保つ力】を補完していた。また、チーム内の先輩メンバーがムードメーカーとして積極的に声をかけることによって【ポジティブな空気を連鎖させる力】がチーム内に好循環を起こしていた。そのようにカテゴリー同士が状況に合わせ有機的に作用し合うことによって、チームの持つ【理想の看護を共に目指す力】が活性化されていたことが考えられる。さらに[未経験の事態を乗り越えた経験]を通し【経験を成長の糧とする力】がチーム

の成長や発展へとつなげていた。そして、このような過程を繰り返す中で、よりよいチームを作っていくという【チームワークを培う力】や、危機を予測しながら学び新たなものを柔軟に取り入れていくという【変化に適応する力】がさらに活性化されていくことが考えられた。

榎原⁵⁾は、師長または主任経験者を対象に医療安全に関するレジリエンス事例を収集し、背景要因を解析した結果、領域1：看護業務に関するパーソナリティ、領域2：看護業務に対する姿勢・対処志向、領域3：組織安全成熟度（組織体制）の3領域が相互補完的かつ有機的に作用することがレジリエントな医療安全組織を形成しているとの仮説に至ったことを報告している。本研究では、病棟看護師チームのレジリエンスを医療安全という視点に限定しなかったことにより【ピアで支え合う力】といったスタッフナースの日常的な視点から明確となったレジリエンスがあったことや、時間の経過の中で7のカテゴリーが相互に作用することによってチームの回復や成長が促進されているという病棟看護師チームのレジリエンスの構造を見出せたことが先行研究との違いである。

2. 病棟看護師チームにおける特徴的なレジリエンス

病棟看護師チームは、メンバー自身の感情のカタルシスを支える環境を大切にし、それぞれの感情を吐き出し、共有し、負の感情を浄化させる取り組みを日常的に行っていた。贅川・松田¹⁴⁾は、職場外よりも職場内の質の高いネットワークはバーンアウトの軽減につながると報告している。病棟看護師チームは過酷な職場環境の中で共に働き、様々な感情を分かり合える仲間だからこそ発揮することができる【ピアで支え合う力】によって、深刻なメンタルヘルス上の問題を回避することに繋げていた。病棟看護現場の特徴として、患者の死への直面や日々の感情労働、昼夜問わず看護を繋ぐ使命、緊急の入院など非日常的かつ突発的な事態がいつでも起こり得る緊張感のある現場であることなどが挙げられる。そのような過酷な病棟看護現場の特徴からも、病棟看護師チームにおいて【ピアで支え合う力】は特に重要であり、日常的に駆使しているという点において、特徴的なレジリエンスであると言える。

また、看護の現場は患者の命に関わる仕事であるために、小さなミスが重篤な結果をもたらす危険性もある。そのような看護の現場において、未熟な若いメンバーへのサポートが出来ていない状

態や、メンバーが個々で行動し連携が取れていない状態は、ミスや問題を招く危険性を増加させる。砂見・八重田¹⁵⁾は、看護師のレジリエンスの経年変化を調査し、その結果、看護師個人のレジリエンスは逆境への曝露を通じてさらに獲得され、時間をかけて開発されることを報告している。また甘利ら¹⁶⁾は、看護師のレジリエンスを高めるには、20歳代の看護師が常に向上心を持ちながら幅広い経験ができる環境を整え、それを支援する経験豊富なメンターの存在が重要であると述べている。チーム内において、若いメンバーや経験年数が少ないメンバーは十分にレジリエンスの獲得ができておらず、チーム内において「折れやすい」部分であることが考えられる。過酷な状況で「折れない」チームであるためには、チーム内の「折れやすい」部分をチーム全体で認識し、手厚いサポートによって支え育てていくことが重要であると言える。また西¹⁷⁾は、組織の構成員全体が同質になりすぎると、あるタイプの逆境に対しては非常に強みを発揮するが、別のタイプの逆境にさらされたときに脆弱になる可能性があると述べ、組織レジリエンスのキーワードとして「多様性」を挙げている。本研究においても、一人一人のメンバーを大切に「疎外せず共に歩む姿勢」や「多様なメンバーの強みを活かす姿勢」といった、メンバーの多様性に関するレジリエンスが挙げられた。このように、命を対象とした仕事をチームで遂行する必要がある病棟看護師チームにおいて【チームワークを培う力】は非常に重要であり、特徴的なレジリエンスであると言える。

3. チームレベルのレジリエンスの特徴

菊池⁴⁾は看護師の個人レベル、チームレベルのレジリエンスに関わる各尺度を利用した調査により、チーム全体のレジリエンスが高いと、その状態に引っ張られるように個人の職務レジリエンスも高まることを明らかにしている。また、組織やチームは、個人が集まり成り立たせているものであるため、個別のレベルでレジリエンスが立ち現れるのではなく、それぞれのレベル間のクロスレベルの相互影響が大きいということを指摘している⁴⁾。

本研究においても、忙しく過酷な環境であるにも関わらず、チーム全体のレジリエンスの高さに引っ張られるよう個々のメンバーがいきいきと前向きに働くことができていたこと、個々のメンバー同士の関わり合いから、チームに好循環が生まれたことなど、チームと個々のメンバーの相互作

用が語られた。研究参加者の語りから、メンバー一人一人が救われたり励まされたりした経験や実感が「良い行動の引き継ぎ・連鎖」を引き起こし、チーム内に【ポジティブな空気を連鎖させる力】を発揮させ、さらには次世代への良い文化・風土の継承へと繋がっていることが示唆された。

このように、チームレベルと個人レベルのレジリエンスは常に相互に作用し合っているが、チームレベルのレジリエンスにおいて特徴的なことは、チーム内に好循環が起こり7のカテゴリーの相互作用が活性化されることによって、個人レベルのレジリエンスの単なる総和では説明できないような大きな力を発揮することができる可能性があるということである。

病棟看護師チームは、チームレベルと個人レベルのレジリエンスの相互作用にも着目し、一人一人のメンバーを大切に、また、良い文化や風土を次世代へと継承していくという意識を持ち、日々チームの持続的な発展を目指す姿勢が重要となると考える。

4. 病棟看護師チームのレジリエンス向上に向けて

本研究で導き出された7のカテゴリーは、病棟看護師チームが直面する様々な困難を乗り越える中で培われてきた力であった。病棟看護師チームは、困難な状況から回復してきたこれまでの経験を振り返り、ミスや問題などを取り上げるだけでなく、そこに在るチームが持つ回復力に改めて着目し、見つめ直すことが重要であると考えられる。

レジリエンス・エンジニアリングは、関係者の柔軟で適応力のある調整によって、日々の医療が成立していることを認識したうえで、現実の仕事がどのように行われているのかを把握、記述することを中心的課題として扱うものである¹⁸⁾。また、限られたリソースのもとで柔軟に対応できているメカニズムを解明し、そのレジリエンス特性を利用し、「うまくいくこと」を増やそうとするものである¹⁸⁾。本研究結果から、病棟看護師チームにおいても、チームを構成するメンバーがどのようにチームの状態を繊細に調整し、チームを成り立たせているのかを、改めて振り返り、認識し、そのような関わり合いを増やしていくことが重要であることが示唆された。

病院管理者や病棟管理者は、多様な勤務形態の取り入れや、超過勤務の短縮化、教育研修体制の整備といった、人材確保や時間管理、教育的支援に関する視点を持つのみではなく、困難な状況に

陥っても良好なパフォーマンスを発揮することができる逆境力のあるチームを築いていくという、チームレベルのレジリエンスを活用したチーム運営に着目することが必要であると考え。その際には、本研究で明らかとなった7のカテゴリーの相互作用に着目し、チーム運営に活かしていくことが有効であると考え。

病棟管理者や熟練看護師は、病棟看護師チーム内に好循環が持続する文化や風土を醸成し、チームの潜在的なレジリエンスを発揮するための基盤を築いていく役割を担っていると考える。また、リーダーやムードメーカーとして【チームワークを培う力】や【ポジティブな空気を連鎖させる力】を発揮しチームを導いていく役割を担うことが重要であると考え。病棟管理者や熟練看護師は、自身の行動や振る舞いがチームメンバーのモチベーションに大きく影響すること、自身がチームにポジティブな力を与える存在であるということを確認し、自身の存在も活かしチームをマネジメントしていくことが望まれる。

また、日々急速に変化する環境にチームが適応していくためには、熟練看護師の経験から培われてきた力と共に、若いメンバーの知識や感覚を活かし【変化に適応する力】を活性化させることが重要となると考える。若いメンバーは、自身の存在がチームにとって重要な力となるという自覚を持ち、積極的に学びチームに貢献する姿勢が重要となると考える。

このようにチームを構成するメンバーの特性を活かし、チーム内に好循環を起こしていくことによって【理想の看護を共に目指す力】や【経験を成長の糧とする力】といった日々の看護へのエネルギーやチームの成長や発展へと繋げる力が活性化されていくことが考えられる。そのように本研究で導き出された7のカテゴリーの相互作用を意識したチーム運営を行うことによって病棟看護師チームのレジリエンスを効果的に向上させていくことができると考える。

研究の限界と今後の課題

本研究の対象となった病院の規模や教育体制、病棟に配置されている看護師の人数や年齢層、経験年数のバランス等の影響を考慮し、本研究結果は中規模病院の看護師数20から30名程度の病棟看護師チームのレジリエンスとして活用可能であると考え。

今後は、本研究で明らかとなった病棟看護師チ

ームのレジリエンスを病棟運営や教育に活用しながら検証していくことが課題である。

結 論

スタッフナースの主観的世界から捉える病棟看護師チームのレジリエンスとして【心理的安全空間を保つ力】【ピアで支え合う力】【変化に適応する力】【チームワークを培う力】【理想の看護を共に目指す力】【経験を成長の糧とする力】【ポジティブな空気を連鎖させる力】の7カテゴリーが抽出された。

病棟看護師チームのレジリエンスは、7のカテゴリーが相互に作用し合い、補完し合い、時間の経過と共に、病棟看護師チームが課題や難局と向き合い、次第に回復し、さらにチームの成長へと向かう過程を促進する力として存在していた。

謝 辞

本研究にご協力いただき、貴重な体験を語っていただきました看護師の皆様に深く感謝いたします。なお、本研究は新潟県立看護大学大学院修士課程学位論文に加筆、修正をしたものである。

利益相反

該当する利益相反はない。

文 献

- 1) 齊藤和貴, 岡安孝弘: 大学生のレジリエンスがストレス過程と自尊感情に及ぼす影響, 健康心理学研究, 24(2), 33-41, 2011
- 2) Rutter, M. : Resilience in the face of Adversity. protective factors and Resistance to psychiatric disorder, The British Journal of Psychiatry, 147(6), 598-611, 1985
- 3) Grotberg, E.H. : Resilience for Today, Gaining Strength from Adversity, Praeger Publishers, 1-30, 2003
- 4) 菊池梓: 組織におけるレジリエンス理解のためのマルチレベルアプローチ 個人・チーム・組織のレジリエンス, 九州大学学術情報リポジトリ, 1-264, 2013
- 5) 榎原毅, 山田泰行, 鈴木初子, 他: 看護業務における医療安全レジリエンス-ナラティブ・アプローチによるレジリエンス要因の仮説構築-, 人間工学, 49 (Supplement), 122-123, 2013
- 6) 榎原毅, 山田泰行, 上島通浩, 他: 看護業務における医療安全レジリエンス要因の検討, 人

- 間工学, 50 (Supplement), 154-155, 2014
- 7) 關本翌子, 亀岡正二, 富樫千秋: 看護師を対象としたレジリエンス研究の動向, 日本看護管理学会誌, 17(2), 126-135, 2013
- 8) 太田美里, 岡本祐子: レジリエンスに関する研究の動向と展望—環境要因と意味づけへの着目—, 広島大学心理学研究, 17, 15-24, 2017
- 9) 北素子, 谷津裕子: 質的研究の実践と評価のためのサブストラクション (第1版), 医学書院, 22-33, 東京, 2009
- 10) 谷口清弥, 武田文, 宗像恒次: 看護師の困難からの立直りのプロセスと困難体験が看護に与えた影響, 日本保健医療行動科学学会年報, 26, 89-103, 2011
- 11) 平林慶史: レジリエンス概説, 看護管理, 28(4), 286-304, 2018
- 12) 田口めぐみ, 宮坂道夫: 看護師がチームワークの中で経験する違和感・ジレンマについてのナラティブ分析, 日本看護倫理学会誌, 7(1), 45-53, 2015
- 13) 鬼塚佳奈子, 高木修: 医療安全とチームワーク—看護師チームからの一考察—, セミナー年報, 関西大学経済・政治研究所, 33-42, 2009
- 14) 贅川信幸, 松田修: 看護師のバーンアウトとサポート源の関連に関する研究, こころの健康, 20(1), 25-35, 2005
- 15) 砂見緩子, 八重田淳: 看護師のレジリエンスに関する研究—レジリエンスと経年変化—, 日本看護学会論文集 看護管理, 43, 359-362, 2013
- 16) 甘利紀子, 宮下裕子, 齋藤朱美, 他: 急性期病院における看護師レジリエンス調査, 日本看護学会論文集 看護管理, 47, 102-104, 2017
- 17) 西大輔: 職場におけるレジリエンス, 産業ストレス研究, 23(3), 195-201, 2016
- 18) 中島和江: レジリエンスエンジニアリング理論の医療安全への適用可能性について, Japanese Journal of Endourology, 30(1), 54-60, 2017

原 著

一般病院における高齢患者に対する 院内デイケアの実態 — 実施病院と未実施病院の横断調査から —

Circumstances of inpatient day care for older adults in general hospitals :
A cross sectional study of implementing and non-implementing Hospitals

清水 典子¹⁾, 加藤 真由美²⁾, 辻口 博聖³⁾

Noriko Shimizu¹⁾, Mayumi Kato²⁾, Hiromasa Tsujiguchi³⁾

¹⁾ 金沢大学大学院医薬保健学総合研究科, ²⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系

³⁾ 金沢大学医薬保健研究域医学系

¹⁾ Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University

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

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

キーワード

院内デイケア, 高齢患者, 一般病院, 身体拘束, 心身機能

Key words

inpatient day care, older adults, general hospitals, physical restraints, mental and physical function

要 旨

目的：一般病院における院内デイケアの実態から有用性を検討する。

方法：全国540病院の看護師各1名に、院内デイケア実施の有無で選択する2種類の自記式質問調査を郵送法により実施した。

結果：回収率20.5%、有効回答率19.3%、17ヶ所(16.3%)で院内デイケアの実施があった。実施する全病院で、高齢患者の生活リズムの維持を目的としており、企画・運営に看護師が配置されていた。院内デイケアに対する看護師の認識は、「認知機能の維持」「身体機能の維持」「コミュニケーション機能の維持」「生活リズムの維持」「精神的安寧の維持」「転倒転落予防」「身体拘束の解除」において、未実施病院の高齢患者ケアよりも、ケアの効果に対する認識の得点が有意に高かった。

結論：一般病院における院内デイケアは、高齢患者が1つのコミュニティで生活者として参加する場の提供であり、心身機能の維持や身体拘束解除のツールとして貢献する可能性が示唆された。

連絡先：清水 典子

金沢大学大学院医薬保健学総合研究科

〒920-0942 石川県金沢市小立野5-11-80

Abstract

Aim: To examine the usefulness of inpatient day care in general hospitals regarding circumstances of implementing and non-implementing Hospitals.

Method: Mailing method was used in this study, in which two kinds of self-administered written questionnaires, chosen depending on the presence or absence of inpatient day care were sent to a nurse per hospital of 540 nationwide hospitals.

Result: Response rate was 20.5%, and valid response rate was 19.3%. Of these 17 responses, (16.3%) were from hospitals providing inpatient day care. At all the implementing hospitals, nurses were assigned in planning and management for the purpose of maintaining the lifestyle rhythm of their older adults. Nurses' awareness of inpatient day care in implementing hospitals was significantly higher than that in non-implementing hospitals engaged in similar measures for care of the older adults, regarding "maintaining cognitive function," "maintaining physical function," "maintaining communicative function," "maintaining lifestyle rhythm," "maintaining mental health," "preventing falls" and "ceasing physical restraints."

Conclusion: It was suggested that inpatient day care in general hospitals is providing the opportunity where the elderly patients live as a member of one community, contributing as a means of maintaining of mental and physical functions and as a tool to reduce the use of physical restraints.

緒 言

超高齢化社会を迎え、高齢者が住み慣れた地域で自分らしく生活するための地域包括ケアシステムの構築が急務となっている。2019年の高齢者人口割合は28.4%とすでに約4人に1人が高齢者となっているが、2040年では35.3%へと増加し、その増加にともない高齢者人口のうち認知症のある高齢者は約4人に1人、高齢者単独世帯は約5人に1人へと増加すると推定されている¹⁾。その状況において厚生労働省は、「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けること」を推進している¹⁾。その中で医療と介護は、絶え間のない適切な支援を提供することが求められている。すなわち、入院に至らないための健康問題の予防から、入院した場合は治療後に住み慣れた住居に戻り、馴染みの人々と交流するなど高齢者が自分らしい生活を送ることへのつなぎのある支援を行う必要がある。

つなぎのある支援において、高齢者は加齢による心身機能の低下に加え、個人差はあるが脆弱であり、入院時に備えていた生活に係わる様々な能力を退院時まで維持することの難しさが課題としてある。内科疾患の治療のために入院した高齢者（以下、高齢患者とする）の20-60%に歩行能力の低下があり、歩行能力と日常生活動作（activities of daily living：ADL）能力は依存し合う関係にあるため移動能力のみならずADL能力も入院前

の状況に戻ることができず、在院日数は延長し、介護施設への転出者数が増加したことが報告されている²⁾。急性期病棟の高齢患者における歩行能力の低下要因は、「ベッド上生活日数」「在院日数」「身体拘束日数」³⁾であり、療養生活を送る中で活動量が低下し、廃用症候群が進展することにより、移動能力やADL能力の低下⁴⁾が起こっている。そのため、治療を担う一般病院においては退院後の生活を見越した能力維持のためのケアを提供する必要がある。

また、入院を機に親しい人との交流など日頃の生活を送れないことや、慣れない生活環境、予後への不安、治療・検査にともなう苦痛や不快感などがストレスになり、抑うつを生じさせることから入院が長期化し、療養やもとの生活に戻ることへの意欲を低下させる⁵⁾ことも課題としてある。認知症高齢患者においては入院にともなう様々なストレスや抑うつが認知機能をさらに低下させ、行動・心理症状（Behavioral and psychological symptoms of dementia：BPSD）を増悪させることがシステムティックレビューで明らかにされている⁶⁾。医療者はBPSDの発症が起こりやすい高齢患者の状態を安全な治療遂行の妨げと捉え身体拘束を実施する傾向があり、更なる低活動状態をつくることから、能力や意欲低下、抑うつを引き起こす要因となっている^{7) 8)}。

このような状況の中、近年医療者が高齢患者を院内の1ヶ所に集めて「院内デイケア」と称され

るケアを提供している⁹⁻¹¹⁾。院内デイケアは日中の時間帯に、高齢患者が集団の中で交流する機会をもち、意図的に活動を行うため、心身機能の低下の原因となる廃用症候群を予防していると考ええる。また、1ヶ所に高齢患者が集まることから看護師の目が届きやすく、転倒予測が困難な認知機能が低下している高齢患者の転倒予防、ならびに転倒予防が理由の身体拘束の解除や拘束時間を短縮することで筋力低下やBPSDの発症予防につながり¹⁰⁾、低活動状態のスパイラルを絶つことに寄与することが考えられる。しかし、院内デイケアの取組みは事例報告もしくは1施設の運営方法や効果の報告にとどまってお⁹⁻¹¹⁾、それらを包括的に明らかにした報告は見当たらない。また、国外ではデータベースCINALを用い「in patient day care」の用語を用いて2000年以降の文献を検索したところ、ホスピスケア¹²⁾や精神疾患患者を対象としたデイサービス¹³⁾の報告はあるが、身体疾患の治療目的で入院した高齢患者に対する報告は見当たらなかった。

そこで、本研究では一般病院における院内デイケアの実態を、実施病院と未実施病院との比較から検討する。具体的には院内デイケア実施に伴う有用性と課題を検討することである。

用語の操作的定義

院内デイケアとは、高齢患者が病院内の1ヶ所に集まり医療者が見守る中、昼間の時間を過ごすプログラムであり、プログラムの内容は、高齢患者への効果を見込んで計画しているものとした。

研究方法

1. 研究デザイン 実態探究型横断研究

2. 研究対象

2017年11月に日本病院会に所属していた全国の50床以上で700床未満の一般病院のうち、必要なサンプルサイズを検出するG*Powerソフトを用い、無作為に抽出した540病院の看護師各1名であった。選定条件は、院内デイケア実施病院（以下、実施病院）では、院内デイケアの企画・運営について中心的役割を担う者とした。実施していない病院（以下、未実施病院）では、院内で総合的に高齢者の看護ケアを把握しており、そのケアを評価できる者とした。

3. データの収集方法

無記名自記式調査票を用いてデータを収集した。

手順は、対象病院に研究依頼・説明書と2種類の調査票（実施病院用と未実施病院用）を郵送し、看護部長が研究協力に同意した場合に、対象者に研究説明書、該当する方の調査票、後納料金の封筒を配布してもらった。調査票が手元に届いてから2週間以内を目途に、対象者の自由意思に基づき個別に研究者宛に返送とした。調査期間は2017年1月から3月であった。

4. 調査内容

1) 回答者と対象病院の属性

回答者の属性は職位とした。

対象病院の属性は、病床区分、看護配置、病床数、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」¹⁴⁾を用いた1ヶ月間の平均患者割合とした。

「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」とは、患者の状況やケアの必要性を客観的に示した指標であり、入院基本料を算定するための施設基準に該当する項目であることから、各病院で厚生労働省が求める算定基準に該当する患者割合を算定している。その中の項目で、本研究では創傷処置や呼吸ケアといったモニタリングや処置に関するA項目2点以上、かつ寝返りや移乗といった患者のADL状況に関するB項目3点以上の患者割合を病院内の患者の特徴を示すデータとして収集した。

2) 実態

実態に関しては、先行研究^{9) 15) 16)}を参考に、高齢者の認知症看護、アクティビティケアを含む廃用症候群予防ケア、転倒予防ケアに関する研究者と共に、独自に質問項目を作成した。

(1) 実施病院のみの項目

本研究では、院内デイケアの実態を把握するために、実施病院の院内デイケアにおける実践の実態と実施体制を明らかにすることとした。

院内デイケアの実践の実態とは、設置目的、院内デイケアに参加する高齢患者（以下、参加者とする）の条件、実施場所、実施回数、1回の実施時間、プログラム内容、評価基準の有無と評価内容とした。実施体制とは、整備状況として組織の有無、マニュアル整備の有無、医療安全管理者の助言・連携の有無、他職との兼任がない専従者配置の有無、年間予算の有無とその額、院内デイケアの企画者の職種と運営者の職種とした。すべては選択肢を用いた回答であり、院内デイケアにおける1回の実施時間と年間予算に関しては実数をデータとして収集した。

(2) 未実施病院のみの項目

本研究では、未実施病院の院内デイケア開設に対する期待と弊害を把握するために、未実施病院の院内デイケアに対する認知度や関心度、新たな院内デイケアの開設に伴う困難度を明らかにすることとした。

院内デイケアの認知度や関心度、院内デイケアを新たに導入する場合に困難と思われる程度を1「全くない」～10「非常にある」の10段階のリッカート尺度を用いて調査した。また、過去における院内デイケア実施の有無を調査し、途中で中断した病院にはその理由を、選択肢からの回答を用いてデータとした。

(3) 実施病院と未実施病院の共通の項目

本研究では、院内デイケアにおける意図的にケアを提供することでの効果を、未実施病院での高齢患者へのケアとの比較を通して実態を明らかにすることとした。項目は、患者の「認知機能の維持」「身体機能の維持」「コミュニケーション能力の維持」「生活リズムの維持」「精神的安寧の確保」「ルート自己抜去予防」「転倒転落予防」「身体拘束の解除」であり、1「全く効果がない」～10「非常に効果がある」の10段階のリッカート尺度を用いて回答者の認識を調査した。

5. 分析方法

分析方法は、全変数の記述統計量を算出した後、Shapiro-Wilk検定による正規性にに基づき χ^2 検定もしくはFisherの正確確立検定、効果の比較にはMann-Whitney U検定を用いた。有意水準は5%未満とし、統計解析には統計ソフトIBM SPSS Statistics ver.24を用いた。

6. 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た（承認番号：748-1）。対象者には、研究目的と方法、個人情報保護、研究参加は任意であり辞退しても不利益を生じないことなどを書面で示した。調査票の回収をもって研究への同意とした。

結 果

調査票の回収は111部（20.5%）であり、うち有効回答数は104部（有効回答率19.3%）であった。

1. 対象病院の属性

実施病院は17ヶ所（16.3%）、未実施病院は87ヶ所（83.7%）であり、属性による有意差はなかった（表1）。

回答者は、実施病院は看護師長・主任10人（58.8%）、看護師6人（35.3%）、無回答1人（5.9%）

表1 院内デイケア実施病院と未実施病院の概要

N=104

項目	全体 (n=104)		実施病院 (n=17)		未実施病院 (n=87)		p値		
	n	%	n	%	n	%			
病床区分 (n=104)	一般病床	あり	98	94.2	17	100.0	81	93.1	NA
		なし	6	5.8	0	0.0	6	6.9	
	療養病床	あり	37	35.6	4	23.5	33	37.9	.257 ^a
		なし	67	64.4	13	76.5	54	62.1	
精神病床	あり	12	11.5	1	5.9	11	12.6	.685 ^b	
	なし	92	88.5	16	94.1	76	87.4		
看護配置 (n=104)	7対1	あり	57	54.8	11	64.7	46	52.9	.370 ^a
		なし	47	45.2	6	35.3	41	47.1	
	10対1	あり	40	38.5	10	58.8	30	34.5	.059 ^a
		なし	64	61.5	7	41.2	57	65.5	
	13対1	あり	43	41.3	9	52.9	34	39.1	.288 ^a
		なし	61	58.7	8	47.1	53	60.9	
	15対1	あり	23	22.1	3	17.6	20	23.0	.759 ^b
		なし	81	77.9	14	82.4	67	77.0	
		中央値 (四分位範囲)	中央値 (四分位範囲)	中央値 (四分位範囲)			p値		
病床数 (n=104)		243.5 (Q236.0)	320.0 (Q260.5)	230.0 (Q230.0)			.488 ^c		
重症度、医療・看護必要度の平均割合 (n=73)		20.0 (Q12.9)	16.9 (Q5.1)	23.9 (Q13.7)			.057 ^c		

実施病院と未実施病院の2群間による比較：^a χ^2 検定 ^bFisherの正確確立検定 ^cMann-WhitneyのU検定
Q：四分位範囲, interquartile range
NA：not applicable

であり、未実施病院は看護部長・副部長51人(58.6%)、看護師長・主任33人(37.9%)、看護師2人(2.3%)、無回答1人(1.1%)であった。

2. 院内デイケアにおける実践の実態

1) 設置目的(表2)

目的は、全病院が「生活リズムの維持」を挙げており、7割以上の病院が、患者の認知機能、運動能力、コミュニケーション能力、精神的安寧においても目的としていた。一方、「治療に集中してもらう」は1ヶ所(5.9%)であった。

2) 参加者の条件(表2)

参加者は、「認知機能の低下がある者」と「昼夜逆転状態がある者」16ヶ所(94.1%)、「ADL能力障害・低下がある者」12ヶ所(70.6%)、「不穏がある者」12ヶ所(70.6%)であった。「コントロール不良の疼痛がある者」を対象にした病院は2ヶ所(11.8%)であった。除外条件としては、「医師の承諾がない者」と「ベッド上安静が必要な者」12ヶ所(70.6%)であり、「身体に何らかのルートが挿入されている」ことを除外条件とした病院は5ヶ所(29.4%)であった。

3) 院内デイケアの方法(表2)

(1) 実施場所

場所は、「デイルーム」12ヶ所(70.6%)、「空き病棟」2ヶ所(11.8%)であった。「会議室・図書室・リハビリ室」を使用している病院も1ヶ所(5.9%)あった。

(2) 実施回数と1回の実施時間

回数は、週5日以上8ヶ所(47.1%)であり、1回の実施時間は、「1時間以内」7ヶ所(41.2%)、「2時間以内」5ヶ所(29.4%)であった。

(3) プログラムの内容

内容は、「体操」17ヶ所(100%)、「合唱」16ヶ所(94.1%)であった。次に手先を使う「ぬり絵」「貼り絵」14ヶ所(82.4%)やレクレーションとなる「ゲーム」12ヶ所(70.6%)、「季節の催し物」12ヶ所(70.6%)であった。

(4) 評価基準

評価基準がある病院は12ヶ所(70.6%)であった。院内デイケア後の参加者の変化として、「認知機能の変化」を評価している病院は4ヶ所(33.3%)であり、「身体機能の変化」と「ADL機能の変化」は2ヶ所(16.7%)であった。

3) 院内デイケアの実施体制(表3)

(1) 実施体制の整備状況

院内デイケアを組織として整備している病院は15ヶ所(88.2%)であり、マニュアルを完備して

表2 院内デイケアにおける実践の実態

N=17

項目	n	%
設置目的(複数回答可)		
生活リズムの維持	17	100.0
患者同士の交流	14	82.4
患者の気分転換	14	82.4
認知機能の維持	14	82.4
運動能力の維持	14	82.4
廃用症候群の予防・改善	13	76.5
コミュニケーション能力の維持	12	70.6
ADL機能の維持	12	70.6
精神的安寧	12	70.6
転倒転落予防	11	64.7
チューブの自己抜去予防	4	23.5
治療に集中してもらう	1	5.9
参加者の条件(複数回答可)		
認知機能の低下がある者	16	94.1
昼夜逆転状態がある者	16	94.1
ADL能力障害・低下がある者	12	70.6
不穏がある者	12	70.6
せん妄がある者	11	64.7
コミュニケーション障害のある者	9	52.9
ナースコールが押せない者	8	47.1
ストレスがある者	8	47.1
食欲低下がある者	6	35.3
コントロール不良の疼痛がある者	2	11.8
実施場所		
デイルーム	12	70.6
空き病棟	2	11.8
会議室	1	5.9
図書室	1	5.9
リハビリ室	1	5.9
実施回数		
週1回	7	41.2
週3回	1	5.9
週5回(土日以外)	6	35.3
週7回(毎日)	2	11.8
2週に1回	1	5.9
1回の実施時間		
1時間以内	7	41.2
2時間以内	5	29.4
3時間以内	3	17.6
5時間以上	2	11.8
プログラムの内容(複数回答可)		
体操	17	100.0
合唱	16	94.1
ぬり絵	14	82.4
貼り絵	14	82.4
ゲーム	12	70.6
季節の催し物	12	70.6
折り紙	11	64.7
回想	10	58.8
脳トレニング	10	58.8
リアリティオリエンテーション	8	47.1
茶話会	7	41.2
カラオケ	5	29.4
書道	5	29.4
散歩	2	11.8
食事会	1	5.9
評価基準 有		
評価の内容(複数回答可)(n=12)	12	70.6
院内デイケア後の認知機能の変化	4	33.3
院内デイケア後の身体機能の変化	2	16.7
院内デイケア後のADL機能の変化	2	16.7
無回答	8	66.7

いる病院は14ヶ所（82.4%）であった。年間予算は6ヶ所（35.3%）で確保されており、その額は60万円（1ヶ所）、3万円（1ヶ所）、1万5千円（1ヶ所）、1万円（2ヶ所）、2千円（1ヶ所）であった。

(2) 企画者・運営者の職種

企画者は、看護師と看護助手のみが配置された

表3 院内デイケアの実施体制

N=17

項目	n	%
実施体制の整備状況		
組織の整備あり	15	88.2
マニュアルの整備あり	14	82.4
医療安全管理者の助言あり	9	52.9
専任者（他職との兼務なし）あり	2	11.8
年間予算あり	6	35.3
企画者の職種（複数回答可）		
医師	3	17.6
看護師	17	100.0
理学療法士	2	11.8
作業療法士	5	29.4
言語療法士	1	5.9
社会福祉士	1	5.9
介護士	3	17.6
看護助手	3	17.6
運営者の職種（複数回答可）		
医師	0	0.0
看護師	17	100.0
理学療法士	1	5.9
作業療法士	3	17.6
言語療法士	0	0.0
社会福祉士	0	0.0
介護士	5	29.4
看護助手	9	52.9

病院は10ヶ所（58.8%）、看護師と他職種が配置された病院は7ヶ所（41.1%）であった。運営者は、看護師と看護助手のみが配置された病院は7ヶ所（41.1%）、看護師と他職種が配置された病院は10ヶ所（58.8%）であった。

3. 未実施病院の実態

(1) 院内デイケアへの関心度

院内デイケアの認知度における平均（標準偏差）点は、5.0（2.6）点、関心度は7.5（2.5）点であり、参加者に何らかの利益をもたらすと思っている病院は80ヶ所（92%）であった。

(2) 院内デイケア開設に伴う困難度

困難度の平均（標準偏差）点は、人材の確保7.0（2.0）点、費用の確保6.8（2.0）点、場所の確保6.4（2.6）点であった。

過去に院内デイケアを開設し、中断した病院は10ヶ所（11.5%）であった。中断の理由としては、「人手がない」9ヶ所（90%）、「安全確保の問題がある」3ヶ所（30%）、「費用対効果がない」2ヶ所（20%）、「費用がない」1ヶ所（10%）であったが、対象患者がいないと回答した病院はなかった。

4. 効果の認識に対する得点の比較（表4）

「ルート自己抜去予防」以外の全項目において、実施病院の効果の認識は有意に高かった。「生活リズムの維持」における中央値（四分位範囲）は、実施病院8.0（1.0）点であり未実施病院6.0（2.0）点であった。「精神的安寧の維持」は、実施病院8.0（1.5）点であり未実施病院6.0（3.0）点であった。「身体拘束の解除」は、実施病院8.0（1.5）点であり未実施病院6.0（4.0）点であった。

表4 効果の認識に対する得点の比較

N=104

項目	中央値（四分位範囲）			p値
	実施病院（n=17）	未実施病院（n=87）		
1. 認知機能の維持	7.0 (Q3.0)	5.0 (Q3.0)		.01
2. 身体機能の維持	7.0 (Q2.0)	6.0 (Q4.0)		.02
3. コミュニケーション機能の維持	7.0 (Q2.0)	6.0 (Q4.0)		.00
4. 生活リズムの維持	8.0 (Q1.0)	6.0 (Q2.0)		.00
5. 精神的安寧の維持	8.0 (Q1.5)	6.0 (Q3.0)		.00
6. ルート自己抜去予防	6.0 (Q2.0)	5.0 (Q4.0)		.51
7. 転倒転落予防	7.0 (Q2.5)	5.0 (Q4.0)		.04
8. 身体拘束の解除	8.0 (Q1.5)	6.0 (Q4.0)		.00

Mann - WhitneyのU検定

Q：四分位範囲, interquartile range

考 察

1. 院内デイケアの有用性

本研究の結果より、院内デイケアに対する看護師の認識は、「認知機能の維持」「身体機能の維持」「コミュニケーション機能の維持」「生活リズムの維持」「精神的安寧の維持」「転倒転落予防」「身体拘束の解除」において未実施病院の高齢患者ケアよりも、ケアの効果に対する認識の得点が有意に高かった。このことについては、実施病院においては院内デイケアの企画・運営を中心的に担う者を、未実施病院においては、院内で総合的に高齢患者の看護ケアを把握している者を研究対象者として選定したことから、実施病院の回答者が院内デイケアの実践者でありそのケア効果が過大に評価されたことが考えられる。一方で、実践者がケア効果を高く認識したケアであることは示されたと考えており、その有用性を次の通り考察した。

1つ目は、実施病院はすべての病院が生活リズムの維持を院内デイケア実施の目的としており、7割以上で認知機能、運動機能、コミュニケーション能力の維持、精神的安寧を実施目的に設定していた。また、7割の実施病院では院内デイケアの評価基準を設けていた。目的を設定し、意図的にケアを提供し、評価をしていたことが、効果が得られているという認識につながっていると考えた。療養生活のなかに院内デイケアが組み込まれることは、低活動状態に対する廃用症候群の進展が予防されることに加え、高齢患者が院内における1つのコミュニティで生活を送る1人として参加することを意味していると考えられる。すなわち、高齢患者は整容や身支度をし、他者との言語的・非言語的コミュニケーションを通して相互関係をもつことになるため、院内デイケアは社会生活を送る人の生活の一部を再現し、その場を提供する機会になっていると示唆された。

2つ目は、看護師はすべての実施病院の院内デイケアに企画・運営者として配置されていた。プログラム内容は、全病院で合唱を、1ヶ所を除き体操を実施していた。7割以上の病院で手先を使うぬり絵や貼り絵、ゲームや季節の催し物を実施していたことが示された。参加する高齢患者の心身機能の状態や興味・関心が様々であることから、概ね誰にでも対応できるプログラムを用いていたと考えられた。松田らは、看護師が企画・運営した院内デイケアでは、高齢患者が入院中に不慣れた環境や疾患からの苦痛、身体機能低下によってうつ傾向となりやすい心理状態を看護師が理解し、

それらの状態に配慮した参加の促しができたことで、院内デイケアが高齢患者の快刺激となった可能性を示唆していた¹¹⁾。看護師は、高齢患者の心身の状態をアセスメントし、治療段階や症状などの状態を鑑みてプログラムの内容や提供方法を検討し対応しているため、効果が得られていると認識されたと考えられた。

また、「身体拘束の解除」に効果があると認識された背景においても、運営に看護師が配置されていた影響があると考えられる。看護師が院内デイケアに配置されることは、身体拘束の解除を判断できる者がいることを示す¹⁷⁾。デイケア開催中は身体拘束を解除し、常に転倒やルートの自己抜去を回避するケアを提供しながら、拘束による苦痛を軽減した状態で安全に安楽に活動できるよう配慮し、かつ拘束による心身機能や精神活動量の低下を予防していることが考えられた。院内デイケアを活用した身体拘束解除の例としては¹⁰⁾、認知症の高齢患者が転倒転落とルート自己抜去の予防目的で病棟において装着していた手指抑制の拘束具を、院内デイケア中は解除し、看護師が手浴や編み物を一緒に行ったところ、参加した高齢患者は転倒やルートの自己抜去を回避ができ、かつ笑顔が見られるようになった報告や、易怒性があり昼夜逆転していた高齢患者が院内デイケアに参加することで情緒の安定が図れたとの報告がある。これらより院内デイケアは、高齢化に伴って今後ますます増加する認知症高齢者を一般病院で受け入れる際に、身体拘束を用いずに療養生活を支え、参加者である高齢患者の機能維持や精神的安寧に有効に働くツールとして期待できる。

2. 院内デイケアの課題

本研究の結果より、院内デイケアの課題を2つあげる。

1つ目は、病院内の実施であるにも関わらず、院内デイケアが「治療に集中してもらう」ことを目的とした病院は1ヶ所であり、痛みのコントロール不良の者を対象とした病院は2ヶ所に留まった。静脈内注射や経管栄養の投与に用いるルートであっても「身体に何らかのルートが挿入されている者」として参加者から除外する病院が3割あった。院内デイケアの効果の認識に対する得点の比較においては、「ルート自己抜去予防」のみ未実施病院との効果の有意差はみられなかった。つまり、院内デイケアには、治療過程の中であっても比較的安定している高齢患者を対象としており、積極的な治療中の療養生活を支える役割が期待さ

れていないことが考えられた。今後、積極的な治療管理が必要な一般病院の特徴を反映させた院内デイケアの在り方を検討することが必要であると考える。また、実施者は理学療法士や作業療法士のように機能を改善することを業とする者が担当する病院がある一方で、看護師が実施している病院もあった。介入日数や介入時間も多様であり、目的に応じたプログラムの改善や検証は必要であるとする。

次に、未実施病院の院内デイケアに対する取り組みが困難な理由と、過去に取り組みをしたがその後中断した理由は、共に人員不足であった。このことから、従来通りの仕事に加えて、院内デイケアの構築、運営にかかる時間や労力の捻出は課題であると推察された。しかし、院内デイケアに参加することで身体拘束の解除や廃用症候群の予防が可能となれば、院内デイケアは高齢患者のQOL向上に貢献できるケアとなり、プログラムを精選することで高齢患者は療養環境のなかで無為の時間を過ごすのではなく、意欲や尊厳を保つことにつながるため、人員を確保し高齢患者が参加したいと思える場としての院内デイケアを設けることに価値があるとする。

本研究では、50床以上で700床未満の一般病院から無作為に抽出した病院を対象に調査したところ、院内デイケアは16.3%の病院で提供されるに留まっていた。しかし、患者の重症度の割合が実施病院と未実施病院で有意差がなかったことから、院内デイケアの開催は重症度に係わらないことが示唆された。また、実施病院における取り組みのための予算確保は6ヶ所（35.3%）のみであり、その額においても2千円から60万円と差があった。院内デイケアの開催場所を空き病棟や会議室とする病院もあり、参加者数の制限やプログラム内容の工夫など院内デイケアの規模を調整しながら実施できる可能性が考えられた。

最後に本研究の限界は、回答数が少なく一般化することはできない。また、前述したように回答者の属性が異なり、実施施設では院内デイケアの実施に関わる者が回答しているため、効果の認識が出やすい状況であったと考える。本研究は看護師の認識であることから、院内デイケアの効果を患者の状況から検証したものではないため、今後検証が必要である。

結 論

一般病院における院内デイケアの実態調査を通

して、以下のことが明らかになった。

1. 一般病院の院内デイケアに対する看護師の認識は、「認知機能の維持」「身体機能の維持」「コミュニケーション機能の維持」「生活リズムの維持」「精神的安寧の維持」「転倒転落予防」「身体拘束の解除」において、未実施病院の高齢患者ケアよりも、ケアの効果に対する認識の得点が有意に高かった。目的を設定し、意図的にケアを提供し、評価をしていたこと、高齢患者が1つのコミュニティで生活者として参加する場の提供となっていたことが、本結果の理由として考えられた。さらに、院内デイケアは、治療過程を熟知した看護師が企画・運営者に配置されていたことで、プログラムを高齢患者の状態と見合わせながら対応したことが考えられ、心身機能の維持や身体拘束解除のツールとして貢献する可能性が示唆された。

2. 本研究の全国における調査では、一般病院における院内デイケアの実施状況は15%程度であり、今後治療により参加できない高齢患者への院内デイケアの構築と人員確保について検討が必要であると示唆された。

謝 辞

本研究にご協力くださいました対象病院の協力者の皆様に心から感謝いたします。

利益相反

1. 利益相反は該当しない。
2. 本研究は日本學術振興会科学研究費補助金助成金（若手研究（B）：課題番号16K20838）の助成を受けて実施した研究成果の一部である。

引用文献

- 1) 厚生労働省：令和2年版 厚生労働白書（平成30年度・令和元年度厚生労働行政年次報告）－令和時代の社会保障と働き方を考える－，[オンライン，https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/]，厚生労働省，11. 18. 2020
- 2) Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, et al. : The natural history of functional morbidity in hospitalized older patient. Journal of the American Geriatrics Society, 38 (12), 1296–1303, 1990
- 3) 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
- 4) Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, et al. : Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses : increased vulnerability with age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 451-458, 2003
 - 5) Carter P, Reynolds J, Carter A, et al. : The impact of psychiatric comorbidities on the length of hospital stay in patients with heart failure. *International Journal of Cardiology*, 207, 292-296, 2016
 - 6) Mathews SB, Arnold SE, Epperson CN : Hospitalization and cognitive decline: Can the nature of the relationship be deciphered?. *The American journal of geriatric psychiatry*, 22 (5), 465-480, 2014
 - 7) 山本美輪, 水野静枝, 青田正子 : テキストデータマイニングを用いた高齢患者看護における看護者の倫理的意識の概要, *インターナショナル Nursing Care Research*, 12(1), 23-31, 2013
 - 8) Watson R : Restraint : its use and misuse in the care of older people. *Nursing Older People*, 13 (3), 21-25, 2001
 - 9) 加藤滋代 : 認知症高齢者のQOL向上をめざした“院内デイケア”の取り組み, *看護*, 66 (11), 75-79, 2014
 - 10) 長嶋真祐美, 荒木みどり, 峯秀樹, 他 : 急性期病院での院内デイケアの取り組みについて, *高松赤十字病院紀要*, 7, 31-36, 2020
 - 11) 松田美紀, 加藤真由美, 谷口好美, 他 : 看護師のとらえた院内デイケアの効果～患者と看護師の反応を通して～, *看護実践学会誌*, 33 (1), 36-45, 2020
 - 12) Vasileiou K, Smith P, Kagee A : "The way I am treated is as if I am under my mother's care" : qualitative study of patients' experiences of receiving hospice care services in South Africa. *BMC Palliative Care*, 19(1), 95, 2020
 - 13) Chang BH, Chen BW, Beckstead JW, et al. : Effects of a music-creation programme on the anxiety, self-esteem, and quality of life of people with severe mental illness: A quasi-experimental design. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 1066-1076, 2018
 - 14) 厚生労働省 : 入院医療 (その1), [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000566817.pdf>], 厚生労働省, 8. 10. 2020
 - 15) 鈴木みずえ, 桑原弓枝, 吉村浩美, 他 : 急性期病院の看護師が感じる認知症に関連した症状の対処困難感と看護介入の関連, *日本早期認知症学会誌*, 6 (1), 52-57, 2013
 - 16) 青柳暁子, 西田真寿美 : 認知症高齢者に対するアクティビティケアの内容と効果評価基準グループインタビューによる介護職・看護職の認識, *日本認知症ケア学会誌*, 12(4), 773-782, 2014
 - 17) 桐山啓一郎 : 一般病棟における身体拘束をしない看護の実現 入院患者552名の実態調査と質の高いケア事例から考える一般病棟での身体拘束最小化に向けて入院患者552名の実態調査の結果から現状の課題と改善策を考える, *看護管理*, 30(6), 511-517, 2020

研究報告

下肢末梢動脈疾患患者への振動マッサージ器による 血流促進・苦痛緩和効果

Efficacy of a vibration device for blood flow improvement and symptom distress palliation in patients with lower extremity peripheral artery disease

堀口 智美*, 藤野 陽*, 大桑 麻由美

Tomomi Horiguchi, Noboru Fujino, Mayumi Okuwa

(*共同第1著者)

金沢大学医薬保健研究域保健学系

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

キーワード

下肢末梢動脈疾患, 振動マッサージ器, TcPO₂, VAS, VascuQOL

Key words

lower extremity peripheral arterial diseases, vibration device, TcPO₂, VAS, VascuQOL

要 旨

本研究は、下肢末梢動脈疾患（PAD）患者に対する振動マッサージが血流促進・苦痛緩和に関係しているかを明らかにすることを目的とした。A病院に通院・入院している患者14名を対象とし、15分間の振動マッサージを実施した。血流の指標としては経皮的酸素分圧（TcPO₂値）を、苦痛はVisual Analog Scale（VAS）とVascular Quality of Life（VascuQOL）の自記式質問紙を用いて検討した。その結果、TcPO₂変化量が0より大きい群（効果あり群）と0以下の群（効果なし群）とを比較したところ測定項目のうちAnkle Brachial Index（ABI）で差が認められABI 0.8以上の患者に効果が現れやすいことが考えられた。苦痛の調査項目においては、VASが増加した者はいなかった。またVascuQOLではsymptomとpainで有意差がみられ、symptomの項目では4.0以下、painの項目に関しては3.5以下の患者において効果が得られやすいと考えられた。以上より、下肢PAD患者に対する振動マッサージが血流促進・苦痛緩和に関係していることが示唆された。

連絡先：堀口 智美

金沢大学医薬保健研究域保健学系

〒920-0942 金沢市小立野5丁目11番80号

はじめに

末梢動脈疾患（以下、PAD：peripheral arterial disease）は、血管内に粥状硬化性変化を起こし、狭窄や閉塞を生じて末梢部に虚血性病変を呈する動脈硬化性疾患である。PADの多くは下肢で発症し、冷感・しびれの症状から始まり、間歇性跛行、安静時疼痛、潰瘍・壊死へと至る進行性の疾患であり、その重症度はFontaine分類にて評価されている。下肢PAD患者は、階段を上るのがつらい、痛みにより目が覚める、など様々な苦痛により生活に悪影響を受ける。加えて、潰瘍・壊死の段階では下肢切断を招くことがあり、症状の進行は患者のQuality of Life（以下、QOL）に大きく関わり、悪化防止のための治療やケアが重要である。

下肢PADの治療は、動脈硬化性疾患としての高血圧症や糖尿病といったリスクファクターに対する薬物治療に加え、間歇性跛行を有する患者では運動療法および侵襲的治療（血行再建術）が、安静時疼痛を伴う患者では侵襲的治療が、それぞれ行われている¹⁾。患者が日常生活の中で行うことができるケアとして、冷感や疼痛の緩和に靴下や毛布などを使った保温および足浴が挙げられ、これらは寒冷刺激による血流循環悪化を予防している。中でも足浴は一般的には心地の良いケアとされているが、下肢PAD患者では湯温が高いためかえって疼痛を増すため、湯温の設定が難しく簡便に実施することは難しいと考えられる。

簡便に血流促進効果が得られるケアのひとつとして振動マッサージ器を用いた先行研究が報告されている。健常者の下腿部に振動マッサージを加えたとき、下腿部および踵部の血流量増加がみられる²⁾、血液透析療養中患者の下肢へ振動マッサージを加えることで下肢末梢循環が促進される³⁾、といった報告がある。褥瘡を有する患者に振動マッサージを加えると、stage I の場合は治癒する褥瘡が有意に多いこと⁴⁾、壊死組織のある褥瘡の場合は壊死組織の割合が加振後2週目から4週目に有意に減少すること⁵⁾が報告されている。このように、振動マッサージによる有用性が報告されているが、下肢PAD患者に対して振動マッサージを用いた研究はなく、また振動マッサージの血流促進効果と患者の症状やQOLとの関連は明らかにされていない。

そこで本研究では、下肢PAD患者においても振動マッサージにより血流促進効果がみられるのか、また苦痛症状の緩和に有効であるかをそれぞれ

明らかにすることを目的とした。このことにより、下肢PAD患者へのケア方法の示唆が得られ、患者のQOL向上につながることを期待できる。

研究方法

1. 研究デザイン

研究デザインは一群事前事後テスト設計による準実験研究である。

本研究は、「下肢に振動マッサージを加えることで下肢の血流が促進され、下肢PADによる苦痛を緩和する」という仮説を検証する。

2. 対象者

対象者はA病院循環器内科・内分泌代謝内科に通院、または入院中の下肢PAD患者14名で、Fontaine分類I度～III度（I度は無症状・しびれ感、II度は歩行時の痛み、III度は安静時痛）、最近12か月以内のAnkle Brachial Index（以下、ABI）が0.9以下または、間歇性跛行などの自覚症状がある者で、担当の医師より紹介を受けた者とした。除外基準は、認知機能に不都合がありアンケートの理解が困難な者、医療従事者からの許可がない者とした。調査期間は、2014年8月～10月であった。

3. 調査方法

1) 調査手順

対象者の紹介を受けた後、文書および口頭にて説明を行い、研究による同意は同意書による署名を得て、同意とした。その後、対象者を安静臥床させ、測定側の足部に経皮酸素分圧（以下、TcPO₂：transcutaneous oxygen pressure）センサを貼付した。TcPO₂値が測定可能な値に安定するまでの間（約20分）に、苦痛（Visual Analog Scale：以下、VASと、Vascular Quality of Life：以下、VascuQOL）について調査を実施した。VASは専用の用紙に対象者が直接記入し、VascuQOLは研究者がアンケート用紙の内容を対象者に口頭で質問し、対象者の答えを記録した。安静時のTcPO₂値が安定したところで、安静臥床のまま15分間の振動マッサージを開始し、1分毎の測定間隔でTcPO₂値を記録した。振動マッサージ終了後、さらに15分間安静臥床のままTcPO₂値を測定した。測定終了後にVASの調査を再度実施し、最後に気分不快感等がないことを確認して終了した。

また、研究者自身がアンケートへの回答を直接聞き取ることによる結果への影響を最小限にするために回答によって診療に影響がないことを口頭および文書にて十分に説明して行った。

2) 振動

振動器はリラウェーブ（グローバルマイクロニクス株式会社）を使用した（図1）。振動器の規格は縦616×横182×高さ114 mmで、コントローラーで振動変調、強度、時間の選択が可能である。振動器は振動周波数47Hz、水平振動加速度で1.78 m/s²である。

振動パターン・振動時間の設定は先行研究⁶⁾にて最も血流促進効果が得られた、振幅変調15秒・加速時間10秒の振動パターンを15分実施する組み合わせを採用した。

調査に際して対象者はベッド上で仰臥位をとり、振動器は対象者の下腿の下に配置し、下腿と振動器のあいだにはクッションを挿入した（図2）。クッションの大きさは幅40×奥行80×高さ16 cmであり、材質は中材：ウレタンフォーム、高強度ポリプロピレン発泡ビーズ、外カバー：ポリエステル100%であった。

4. 調査項目

1) 対象者の概要

基本情報として診療記録・看護記録より、性別、身長、体重、疾患名、既往歴を把握し、末梢動脈（足背動脈、後脛骨動脈、膝窩動脈）の触知を行った。

2) 交絡因子

(1) 基本情報

血流に影響する項目として、診療記録・看護記録より、年齢、Body Mass Index（以下、BMI）、Hemoglobin（以下、Hb）、Fontaine分類、ABIを把握した。

(2) TcPO₂

下肢皮膚末梢循環は、経皮血中ガス分圧モニタ（コーケンメディカル株式会社）を使用し、TcPO₂を測定した。測定原理は、センサからの熱で毛細

血管が拡張し局所の血流が促進され、皮膚を通して酸素がセンサへ拡散し、これをセンサ内で電気化学的に測定する、というものである。また、TcPO₂とは皮膚内酸素分圧を非侵襲的に測定したものであり、圧や容積による評価とは異なり、TcPO₂は皮膚組織に実際に供給される酸素量を示している。

先行研究²⁾より、プローブは44℃に加温し、足部第1趾、2趾間の2.5 cm近位側に、血管走行部位を避けて固定した。TcPO₂のセンサは数値を安定させるために振動マッサージ開始20分前から貼付し、また振動マッサージ後の推移を観察するために振動マッサージ終了15分後まで貼付し続け、連続値を1分ごとに記録した。使用した数値は振動マッサージ開始から振動マッサージ終了15分後までである。なお、今回使用した機器は血流測定の研究で使用されており、測定結果の妥当性は示されている⁷⁾。

(3) 苦痛

苦痛は、下肢PADによる下肢の痛みおよびQOLとし、研究者が対象者から直接聴取した。

①VAS

下肢痛の測定にはVASを用い、痛みの部位と程度を調査した。測定方法として10 cmの直線を引いた用紙を準備し、まったく痛みが無い時を左端（0 cm）、想像できる最高の痛みを右端（10 cm）とした時に、対象者がその時感じている主観的な痛みがどの程度であるか、直線状に直筆にて印をつけてもらった。VASはTcPO₂のセンサ貼付前（振動マッサージ開始20分前）と除去後（振動マッサージ15分後）に行った。

②VascuQOL

振動マッサージ開始前にVascuQOLを用いて、

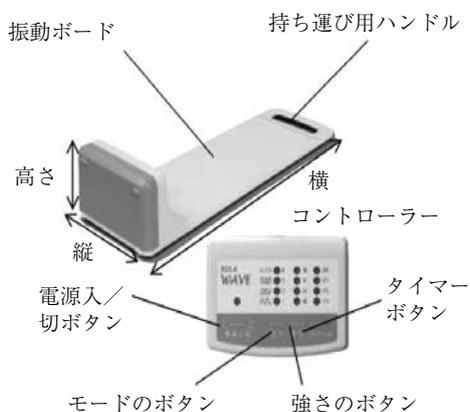


図1 振動器（リラウェーブ）



図2 調査の様子

下肢PADが対象者の生活にどのような影響を与えているのかを把握した。VascuQOLは英国で開発され、日本語版の信頼性と妥当性は先行研究において再現性、因子妥当性、内的整合性、判別妥当性、併存妥当性が証明されており⁸⁾、下肢PADにおける疾患特異的なQOLを評価する。ドメインはactivity (8項目)、symptom (4項目)、pain (4項目)、emotional (7項目)、social (2項目)の5つから構成されており、7段階の選択肢から回答する形式となっている。各ドメインのスコアは1-7点の範囲をとり、各ドメインでの合計点はactivityで56点、symptomで28点、painで28点、emotionalで49点、socialで14点で、総スコアの合計は175点である。得点が高いほどQOLが高い状態を表す。また、対象者が質問の内容を解釈できないときは研究者がサポートして、全ての回答を得られるようにした。

5. 条件

調査で使用した部屋は静かで、空調による空気の対流などはなかった。室内温度は空調により可能な限り調整した。調査の前日のアルコール摂取、調査2時間前のカフェインを含む飲み物の摂取、喫煙を禁止した。測定値安定のため、調査開始前20分、裸足で仰臥位のまま安静を保った。安静は足底下肢のみ動かさないようにしてもらい、多少の動作は許可した。また、実験者は対象者のベッドサイドに待機し、不快症状の有無、会話や体動といった特記事項を観察した。

6. 分析方法

TcPO₂の値は、振動マッサージ開始時の値を基準値0としたとき、基準値0との値の差を変化量として示した。血流促進については、振動マッサージ終了(16分時点)から測定終了(30分時点)のTcPO₂値の16-30分変化量の中央値が増加したものを「効果あり」、変化なしもしくは減少したものを「効果なし」とした。効果あり群と効果なし群の2群に分かれる要因を調べるため、VascuQOL、ABI、Hb、BMI、年齢の平均値および中央値の差をt検定、またはMann-WhitneyのU検定で比較した。

苦痛緩和については、振動マッサージ開始前のVASの値において痛みを有さない、すなわちVASの値が0のものは振動マッサージ前後での疼痛の変化を明らかにすることができないため対象から除外し、VASが減少したものを「効果あり」、増加したものを「効果なし」とした。効果あり群となし群の2群に分かれる要因を調べるため、

TcPO₂、VascuQOL、ABI、Hb、BMI、年齢の平均値および中央値の差をt検定、またはMann-WhitneyのU検定で比較した。

以上の分析データから、下肢に振動マッサージを加えることによる血流促進と疼痛緩和への影響を検証した。いずれも有意水準は5%とした。解析にはMicrosoft Office Excel 2010、SPSS Statistics 25.0を用いた。

7. 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受けて実施した(承認番号HS26-5-1)。調査の実施にあたっては、A病院看護部長に本研究の意義・目的を書面および口頭で説明し、同意を得た。対象者は、①同意しない場合でも不利益を受けないこと、②主治医の判断のもとで調査が適応されていること、また、その他確認したいことがあればその都度主治医に確認できること、③安全の確保のため、調査は学生だけでなく看護師免許を有する者が同席のもとで行うこと、④振動マッサージによる苦痛やTcPO₂センサによる皮膚の違和感などが発生した場合や、対象者が調査を中断したいと訴えた場合は、いつでも調査を中止することが可能であること、⑤患者の匿名化や、資料を施錠した場所に保管することによる個人情報・プライバシーの厳守、⑥本研究以外ではデータを使用しないこと、⑦調査実施前後の手指消毒および使用機器の消毒による感染防御、⑧時間的拘束は最低限とすること、⑨本研究の終了をもって記録用紙等を破棄する旨を文章に明記し、研究者から口頭で説明を行った。対象者による同意書への自記署名をもって研究参加の同意を得た。

結 果

室内温度24.0-27.0℃、湿度40-50%の環境下で実施した。

1. 対象者の概要(表1)

測定対象者は男性12名、女性2名であり、白癩病や船酔い症状、痛みや不快感の増強などの有害事象は無く安全に行えた。うち1名は対象者自身の時間的都合により振動マッサージ終了後の測定が出来ず、またもう1名は機器の接触不良によりデータの不具合が起きたため、計2名を除外した。よって分析対象者は男性10名、女性2名の合計12名であった。

2. 振動マッサージによる効果

図3にTcPO₂による効果あり群となし群の振動マッサージ終了後16分から30分のTcPO₂の経時的

表1 対象者の概要

(n=12)

属性	性別	男：女	10：2	
既往歴*	糖尿病		7	
	心疾患		6	
	高血圧		5	
	脂質異常症		4	
	脳血管疾患		3	
	末梢動脈の触知あり	足背動脈		9
		後脛骨動脈		10
膝窩動脈			8	
交絡因子	年齢 (歳)		73 (55-88)	
	ABI		0.84 (0.49-1.13)	
	Hb (g/dl)		11.4 (8.4-17.0)	
	Fontaine分類	I度		2
		II度		8
III度			2	
BMI		24.3 (15.8-34.8)		

中央値 (range) or n

ABI: Ankle Brachial Indexを示し、Transcutaneous oxygen pressure測定肢の値を示す

Hb: Hemoglobin (ヘモグロビン)

*延数

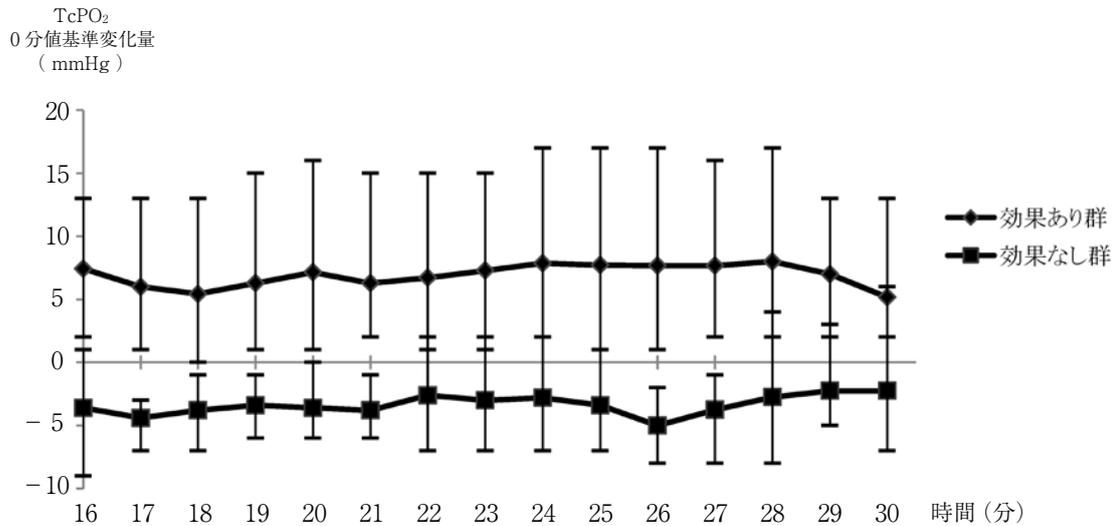


図3 2群における振動終了後16分以降のTcPO₂変化量

図は、振動マッサージ15分間終了後、16分から30分のTcPO₂経時変化(中央値)を示す。16から30分の各値(15個)の平均±標準偏差は、効果あり群では6.00±5.36 mmHg、効果なし群では-2.00±2.00 mmHgであった。

変化(中央値)を示した。TcPO₂は、効果あり群(7名)での変化量が6.00±5.36、効果なし群(5名)での変化量が-2.00±2.00であり、効果あり群の方が、変化量は有意に大きかった(p=.007)。TcPO₂における効果あり群と効果なし群をVAS、VascuQOL(activity, symptom, pain, emotional, social, 総スコア、平均)、

ABI、Hb、BMI、年齢でそれぞれ比較すると(表2)、ABIにおいて効果あり群(0.79-1.13)が効果なし群(0.49-0.90)に比べ有意に数値が高かった(p=.027)。

VASは、VASの値が0であった5名を除外し、7名で検討した。振動マッサージ開始前と振動マッサージが終了してから15分後との比較では、効

表2 TcPO₂における交絡因子との関係

	効果あり (n=7)	効果なし (n=5)	p値
VAS (cm)	2.0±2.4	2.7±3.1	0.651
VascuQOL activity	4.4±1.0	3.9±1.2	0.503
symptom	4.6±1.3	4.9±1.3	0.684
pain*	5.0 (2.3-7.0)	4.6 (3.3-5.0)	0.935
emotional*	4.8 (2.0-6.4)	4.7 (1.3-6.7)	0.807
social*	6.3 (2.0-7.0)	5.5 (3.0-7.0)	0.741
平均値*	4.7 (2.4-6.1)	4.4 (3.3-6.2)	0.694
ABI	0.94±0.17	0.68±0.17	0.027
Hb*	10.8 (8.4-12.1)	13.3 (10.7-17.0)	0.088
BMI*	24.3 (15.8-26.5)	23.9 (17.6-34.8)	0.371
年齢*	76 (55-88)	71 (56-75)	0.167

検定方法：t検定 *Mann - WhitneyのU検定 (p<0.05、該当箇所なし)
 平均値 ± standard deviation or 中央値 (range)
 VAS：Visual Analog Scale
 TcPO₂：transcutaneous oxygen pressure
 VascuQOL：Vascular Quality of Life
 ABI：Ankle Brachial Indexを示し、TcPO₂測定肢の値を示す
 Hb：Hemoglobin (ヘモグロビン)
 BMI：Body Mass Index

表3 VASの変化量

	ID	振動前 (X)	振動後 (Y)	変化量 (Y-X)
効果あり群	2	5.2	3.5	-2.3
	3	0.4	0.2	-0.2
	4	2.9	1.0	-1.9
	6	4.9	3.7	-1.2
	平均値±SD	3.4±2.2	2.0±1.8	-1.4±0.9
効果なし群	8	7.5	7.5	0.0
	10	3.3	3.3	0.0
	11	3.5	3.5	0.0
	平均値±SD	4.8±2.4	4.8±2.4	0.0

VAS：Visual Analog Scale
 SD：Standard Deviation

効果あり群 (4名) での変化量は -1.4±0.9 cm、効果なし群 (3名) での変化量は 0であった (表3)。TcPO₂、VascuQOL (activity、symptom、pain、emotional、social、総スコア、平均)、ABI、Hb、BMI、年齢でそれぞれ比較すると (表4)、VascuQOLのsymptom (効果あり群2.50-4.25、効果なし群4.75-6.25)、pain (効果あり群2.25-3.75、効果なし群4.25-5.75) において効果なし群の得点が有意に高かった (p=.034、p=.025)。

考 察

振動マッサージによる下肢血流促進効果が健常人において明らかにされているが、下肢PAD患

者においては検討されていなかった。本研究は、下肢PAD患者においても振動マッサージが下肢の血流を促進させることを初めて示すものであり、患者の症状との関連性も検討したものである。これを臨床での活用につなげるために、下肢PAD患者において血流促進に対する振動マッサージの影響、苦痛に対する振動マッサージの影響について考察し、本研究の看護への適応について述べる。

1. 血流促進に対する振動マッサージの影響

振動マッサージは血管内皮細胞に対しシエアストレス (流体の移動に対する抵抗力) となり、血管内皮細胞からの一酸化窒素が放出され、隣接する血管平滑筋細胞が血管を拡張する⁹⁾。本研究ではABIにおいて効果あり群となし群で有意に差がみられ、効果あり群の方がなし群よりもABIが高かった。つまり、ABIが低い人は動脈硬化が進んでいるため動脈の弾性が失われ、振動マッサージによる血管拡張が起こりにくいと考えられる。振動マッサージによるTcPO₂への影響は、効果あり群の最低値であるABI 0.79を参考に境界線を引くと、ABI 0.8より数値が高ければ効果が得やすいということが考えられ、ABI 0.8以上の患者に振動マッサージを行うことは有効といえる。このことから、軽度の動脈硬化の患者に振動マッサージを行うことがより血流促進を図れることが示唆された。近年、全身振動マッサージによる下肢血流促進効果の報告が積み重ねられている¹⁰⁾。今回、下肢へ

表4 VASにおける交絡因子との関係

	効果あり (n=4)	効果なし (n=3)	p値
TcPO ₂ *	5.0 (-3.0-12.0)	-2.0 (-2.0 - 3.0)	0.723
VascuQOL activity*	3.9 (2.4-5.0)	5.4 (2.6 - 4.4)	0.723
symptom	3.7±0.8	5.4±0.8	0.034 [†]
pain	3.3±0.7	5.0±0.8	0.025 [†]
emotional*	4.6 (3.3-6.1)	4.4 (2.0 - 6.0)	0.723
social	5.3±2.4	5.3±2.0	0.962
平均値*	3.9 (3.3-5.3)	4.5 (2.2-5.0)	0.565
ABI*	0.84 (0.49-1.24)	0.79 (0.52-0.90)	0.723
Hb	10.3±1.2	13.0±1.8	0.057
BMI*	21.9 (19.5-26.5)	28.30 (23.4-34.8)	0.157
年齢*	73.5 (55-88)	71.0 (56-76)	0.723

検定方法：t検定 *Mann - WhitneyのU検定. †p<0.05
 平均値 ± standard deviation or 中央値 (range)
 VAS：Visual Analog Scale
 TcPO₂：transcutaneous oxygen pressure
 VascuQOL：Vascular Quality of Life
 ABI：Ankle Brachial Indexを示し、TcPO₂測定肢の値を示す
 Hb：Hemoglobin (ヘモグロビン)
 BMI：Body Mass Index

のマッサージのみで下肢血流促進の可能性を示せたことは、全身振動より簡便な方法であり、患者が自宅において導入可能なケアであると考えられた。

本研究では血流の指標にTcPO₂を用い、その変化量により効果の有無を検討したところ、変化量は効果あり群が6.00±5.36 mmHg、効果なし群が-2.00±2.00 mmHgであった。Larsen JF et al.によると中等度から重度の末梢血管障害患者において、仰臥位ではTcPO₂が低値を示すことが報告されている¹¹⁾。今回、患者の体位は仰臥位とし、患者の安楽を考え高さ16 cmのクッションに下肢を載せて実施した。効果あり群に比べABIが有意に低値である効果なし群のTcPO₂の変化量-2.00±2.00 mmHgは体位の影響を受けたとも考えられ、振動マッサージが体位の影響を緩和した可能性も考えられた。そのため、ABI 0.8未満の患者において体位を考慮した振動マッサージによるTcPO₂変化量および下肢PAD患者におけるTcPO₂変化量の臨床的意義を明らかにしていく必要がある。

2. 苦痛に対する振動マッサージの影響

振動マッサージによる苦痛への影響はVascuQOLのsymptomとpainに有意差が認められ、効果あり群の方が効果なし群よりもVascuQOLは低かった。痛みという症状は心理的な影響を受けやすいため、不安などにより増幅される可能性がある。先行文献¹²⁾により、血行再建術直後を除いた

保存的治療下における間歇性跛行の症状を持つ下肢PAD患者には、「足の痛みは治療で治してもらえ」とらえる特徴が明らかになっている。対象者は振動マッサージにより疼痛緩和に効果があるかもしれないという期待感を得たことにより、痛みが緩和されたように感じた(プラシーボ効果)のではないかと考えられる。つまり、疼痛を感じている程度が大きい患者は、疼痛改善の期待度が高いと考えられ、効果がみられたと考えられた。以上より、主観的に症状と痛みの程度が強い患者ほど振動マッサージによって疼痛が軽減されやすいと考えられる。

また、本研究での効果あり群のsymptomの最高点は4.25で平均値は3.68であるため境界を平均4.0、効果あり群のpainの最高点は3.75で平均値は3.25であるため境界を平均3.5とすると、symptomでは平均4.0以下、painでは平均3.5以下の患者で効果が得られやすいと考えられる。なお、欧米での先行研究において、ABI平均0.7およびRutherford分類2-3度(Fontaine分類上ではII度に相当する)で、保存的治療法を受けている下肢PAD患者のVascuQOLは、symptom項目では平均3.92、painの項目では3.32であると示されており¹³⁾、本研究の結果と類似している。よって、上記で示した境界値の設定は妥当であると言える。

3. 本研究の看護への適応

振動マッサージで効果が得られやすい下肢

PAD患者は、下肢PADのFontaine分類がI度からIII度かつABI 0.8以上の患者であること、また下肢PADの症状や痛みによりQOLが低い患者であることが本研究にて示唆された。よって、Fontaine分類がI度からIII度かつABI 0.8以上の患者、または下肢PADによる症状や痛みによってQOLが低い患者に積極的に振動マッサージを行うことで、血流促進や苦痛緩和が期待される。

本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、症例数が少ないため一つの標本の数値に結果が左右されるという点であり、今後は対象者数を増やしての検証が必要である。特に、ABI 0.8未満の患者にとっての振動マッサージの効果については、体位による影響も考えられるため体位の影響を考慮し検討していく必要がある。

今回は1回限りの実施であったため、継続した場合の振動マッサージの効果は明らかになっていない。よって今後、振動マッサージの回数を増やして検証する必要がある。また、振動マッサージ終了後15分間TcPO₂を測定したが、15分以降の数値の変化は明らかでない。そのため、振動マッサージ終了後15分以上の測定が必要である。

結 論

下肢PAD患者12名を対象に1回15分の振動マッサージを実施し、下肢の血流促進効果が得られるか、また苦痛緩和が図れるかを検討し、以下のことが明らかとなった。

1. ABI 0.8より数値が高ければ、振動マッサージにより下肢の血流が促進されやすい。

2. VasuQOLにおけるsymptomの項目では平均点4.0以下、painの項目では平均点3.5以下の場合に、主観的な疼痛緩和の効果が得られやすい。

以上より、間歇性跛行や主観的な痛みを有する下肢PAD患者に積極的に振動マッサージを行うことで、血流促進および症状の緩和が期待できる。

利益相反

利益相反なし

謝 辞

本研究を進めるにあたり、ご多忙の中、貴重な時間を割いてご協力くださいました患者の皆様、また施設の看護部長様、看護師長の皆様、循環器内科および内分泌代謝内科の医師の皆様にご心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) 日本循環器学会：IV.下肢閉塞性動脈硬化症 (ASO), [オンライン, https://www.j-circ.or.jp/old/guideline/pdf/JCS2015_miyata_h.pdf], 末梢閉塞性動脈疾患の治療ガイドライン (2015年改訂版), 8. 16. 2020
- 2) 仲上豪二郎, 浦崎雅也, 北川敦子, 他：振動による血流促進効果の検討－健常人を対象とした実験, 看護研究, 43(6), 459-464, 2010
- 3) 大桑麻由美, 仲上豪二郎, 須釜淳子, 他：血液透析療法中における振動の循環動態に与える効果－血圧と下肢末梢循環に及ぼす影響－, 日本看護技術学会誌, 8 (2), 56-62, 2009
- 4) 上田葵子, 須釜淳子, 大桑麻由美, 他：壊死組織を有する褥瘡に対する振動の効果, 日本褥瘡学会誌, 12(2), 111-117, 2010
- 5) Arashi M, Sugama J, Sanada H, et al. : Vibration therapy accelerates healing of Stage I pressure ulcers in older adult patients. *Advances in skin & wound care*, 23(7), 321-327, 2010
- 6) Kalani M, Brismar K, Fagrell B, et al. : Transcutaneous oxygen tension and toe blood pressure as predictors for outcome of diabetic foot ulcers. *Diabetes Care*, 22(1), 147-151, 1999
- 7) 浦崎雅也, 真田弘美, 田高悦子, 他：踵部の褥瘡予防－振動による血行促進効果の検討－, 日本褥瘡学会誌, 9 (2), 192-198, 2007
- 8) 山口拓洋, 宮田哲郎, 市来正隆, 他：Vascu QOL 日本語版の信頼性と妥当性の検討, 脈管学, 51(3), 347-358, 2011
- 9) 市岡滋, 横川秀樹, 関谷直美, 他：振動による微小循環変化のメカニズム, 看護研究, 43(6), 453-458, 2010
- 10) Mahbub MH, Hiroshige K, Yamaguchi N, et al. : A systematic review of studies investigating the effects of controlled whole - body vibration intervention on peripheral circulation, *Clinical physiology and functional imaging*, 39 (6), 363-377, 2019
- 11) Larsen JF, Jensen BV, Christensen KS, et al. : Forefoot transcutaneous oxygen tension at different leg positions in patients with peripheral vascular disease, *European Journal of vascular surgery*, 4 (2), 185-189, 1990
- 12) 鈴木基子, 須釜淳子, 真田弘美, 他：閉塞性

動脈硬化症による間歇性跛行患者の痛み, 看護
実践学会誌, 20(1), 43-52, 2008

13) Nordanstig J, Wann-Hansson C, Karlsson J, et
al. : Vascular Quality of Life Questionnaire-6

facilitates health-related quality of life assess-
ment in peripheral arterial disease. Journal of
Vascular Surgery, 59(3), 700-707, 2014

研究報告

「2型糖尿病患者の家族サポート感取・対応力尺度」 (5件法)の信頼性・妥当性の検討

Examination of the reliability and validity of five-point version scale
for type 2 diabetes patient ability to recognize and respond to family support

堀口 智美, 多崎 恵子, 浅田 優也

Tomomi Horiguchi, Keiko Tasaki, Yuya Asada

金沢大学医薬保健研究域保健学系

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

キーワード

糖尿病, 尺度, 家族サポート, 信頼性, 妥当性

Key words

diabetes, scale, family support, reliability, validity

要 旨

目的：回答方法が7件法である「日本人2型糖尿病患者の家族サポート感取・対応力尺度（ARRFS）」を回答のしやすさを考慮して回答段階を5件法にし、その信頼性・妥当性を検討する。

方法：ARRFS（5件法）を2型糖尿病患者155名のデータを用い、信頼性（内的整合性）をCronbach's α 係数の算出および各下位尺度での主成分分析にて、基準関連妥当性を慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙（SCAQ）との相関分析にて、既知集団妥当性を看護師からの面接経験の有無で2群に分け t 検定にて、構成概念妥当性を確認的因子分析にて、各々検証した。

結果：尺度全体のCronbach's α 係数は .908、各下位尺度の寄与率は48.1-70.6%であり信頼性が確認された。基準関連妥当性はSCAQとの相関係数 .610 ($p < .001$)、既知集団妥当性は看護師からの面接経験あり群はなし群に比べ総得点が有意に高く、モデルの適合度指標はGFI .851、AGFI .807、CFI .902、RMSEA .049と容認できる整合性を認め、適切な妥当性が確認された。

結論：ARRFS（5件法）は一定の信頼性と妥当性を確保しており、臨床活用できると考えられた。

連絡先：堀口 智美

金沢大学医薬保健研究域保健学系

〒920-0942 金沢市小立野5丁目11番80号

研究背景

家族サポート感取・対応力 (Ability to Recognize and Respond to Family support: ARRF) とは、2 型糖尿病患者が家族サポートを肯定的に受け取り (感取)、家族サポートに応答する (対応) 力である¹⁾。この力は患者が家族サポートを積極的に活用することに繋がる力である。これまで糖尿病看護では、家族サポートが患者の療養行動継続に重要な役割を果たすことから、看護師は家族サポートの充実を目指し家族に焦点を当てて支援を行ってきた。しかし、家族への支援のみでは患者の血糖コントロールに貢献できていないこと²⁾や、家族が患者をサポートすることで患者の自己効力感を下げることが報告されている³⁾。つまり、家族サポートが充実したとしても、患者がそのサポートを活用する力がなければ家族サポートが有効なサポートにならず患者も家族も疲弊することが考えられた。このような中で ARRF は、従来の糖尿病患者と家族への支援において着眼されていなかった視点である。患者と家族はその関係において相互に作用をしているが、患者の家族サポートの受け取り方の支援はされていなかった。そこで、患者の力である ARRF に注目する必要があると考えた。

これまでに我々は ARRF を測定可能な「日本人 2 型糖尿病患者の家族サポート感取・対応力尺度 (A scale for Japanese type 2 diabetes patient ARRF; ARRFs)」⁴⁾として開発した。ARRFs は「糖尿病をもつ自分への家族からのまなごし感取力」「療養生活を家族とともに歩むための相互交渉力」「家族の中での糖尿病の位置づけ調整力」「家族から向けられる糖尿病患者としての信頼感受力」「療養生活に対する家族との相互尊重力」の 5 因子 22 項目から構成されており、ARRFs の点数が高いと家族からの協力をより多く得ていることが明らかになっている⁴⁾。よって、この ARRFs を活用し患者教育を行うことで、患者が家族サポートを活用することが期待できる。

しかし、7 件法により回答を求める ARRFs を回答した患者から回答段階が多く回答困難である、また時間がかかるとの声があり、患者が回答する上で課題があった。林⁵⁾は、7 件法は間隔尺度に近づくものの評価の分散に個人差が生じる恐れがあること、自覚される表現適切感から日本では 5 件法がよく用いられていると述べている。そこで、ARRFs の開発者である我々は本研究において ARRFs の 5 件法を作成し、その信頼性・妥当性

を検討することとした。

研究方法

1. 研究デザイン

ARRFs (5 件法) の信頼性・妥当性を明らかにする量的横断的研究である。

2. 研究対象者

研究協力の同意が得られた特定機能病院および中核病院の 2 施設に外来通院中の成人 2 型糖尿病患者とし、除外基準として、透析導入している者、壊疽のある者、視力障害のある者、独居の者とした。

研究者が施設の看護部長に口頭および文書にて説明し研究協力の同意を得た。その後、2 型糖尿病患者を診察している医師に文書と口頭にて説明を行い、医師より対象者が外来受診した際に紹介してもらった。対象者に研究者が本研究の主旨を文書および口頭にて説明し調査依頼を行った。データ収集期間は、2017 年 2 月から 2019 年 8 月までとした。

3. 調査内容

1) 調査項目

(1) ARRFs

「2 型糖尿病患者の家族サポート感取・対応力尺度」⁴⁾の回答方法を 5 件法にしたものを用いた (表 1)。点数が高いと ARRF が高いことを示す。

(2) 慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙 (Self-Care Agency Questionnaire : SCAQ)⁶⁾

本庄らにより開発された尺度で 4 因子 29 項目 (5 件法) からなる。Cronbach's α 係数 (以下 α 係数) は、.91 であり、信頼性は確認されている。得点範囲は 29 点から 145 点であり、点数が高いほどセルフケア能力が高いことを示す。これまでのセルフケアの尺度には ARRF の概念を含めたものは存在しない。また、糖尿病患者の ARRFs が高いとセルフケア行動につながると予測できる。よって、SCAQ と ARRFs との関連が想定され基準関連妥当性の検証に用いた。

(3) 看護師からの面接経験の有無

既知集団妥当性を検討するために回答を求めた。その理由は、糖尿病患者が家族サポートを肯定的に受け取り (感取)、家族サポートに応答する (対応) 体験を意識できるのは看護者による問いかけが必要であることが明らかになっている¹⁾ことから、看護師の面接の有無により ARRFs の点数に差がみられると考えたためである。

(4) 個人特性

表1 「2型糖尿病患者の家族サポート感取・対応力尺度」(5件法)の質問票

Q1	自分で管理しなければならないことをなかなかできないと感じていることを家族はわかっていると思いますか	1. 全く思わない	2. 思わない	3. どちらともいえない	4. 思う	5. とても思う
Q2	家族は、糖尿病であるあなたを理解しようとしてくれていると思いますか	1. 全く思わない	2. 思わない	3. どちらともいえない	4. 思う	5. とても思う
Q3	糖尿病になってからも、家族はあなたを大事に思ってくれていると感じますか	1. 全く感じない	2. 感じない	3. どちらともいえない	4. 感じる	5. とても感じる
Q4	あなたは、糖尿病ということで、社会や会社の中では健康じゃないという意識を持っていることを家族は知っていると思いますか	1. 全く思わない	2. 思わない	3. どちらともいえない	4. 思う	5. とても思う
Q5	家族は、あなたの弱い部分も強い部分も知っていると思いますか	1. 全く思わない	2. 思わない	3. どちらともいえない	4. 思う	5. とても思う
Q6	家族は、あなたを糖尿病になる前よりも心配していると思いますか	1. 全く思わない	2. 思わない	3. どちらともいえない	4. 思う	5. とても思う
Q7	あなたは、糖尿病が悪化したとき、家族とその理由について話し合っていますか	1. 全く話し合っていない	2. 話し合っていない	3. どちらともいえない	4. 話し合っている	5. 十分に話し合っている
Q8	家族があなたの食事に対して何を思っているのか、あなたは確かめていますか	1. 全く確かめていない	2. 確かめていない	3. どちらともいえない	4. 確かめている	5. 十分に確かめている
Q9	あなたは、療養生活の思いを家族と話していますか	1. 全く話していない	2. 話していない	3. どちらともいえない	4. 話している	5. 十分に話している
Q10	糖尿病と関係ない生活のさまざまなことが血糖コントロールに影響することを、あなたは家族と話していますか	1. 全く話していない	2. 話していない	3. どちらともいえない	4. 話している	5. 十分に話している
Q11	あなたは、自分の療養生活での努力を家族に伝えようとしていますか	1. 全く伝えようとしていない	2. 伝えようとしていない	3. どちらともいえない	4. 伝えようとしている	5. 十分に伝えようとしている
Q12	あなたは、糖尿病ということで、家族に特別な感情がありますか	1. 全く特別な感情はない	2. 特別な感情はない	3. どちらともいえない	4. 特別な感情がある	5. とても特別な感情がある
Q13	あなたは、糖尿病をもって生活する上で家族への思いを、普段意識していると思いますか	1. 全く思わない	2. 思わない	3. どちらともいえない	4. 思う	5. とても思う
Q14	あなたは、家族の中で糖尿病のことを気にして生活していますか	1. 全く気にせず生活している	2. 気にせず生活している	3. どちらともいえない	4. 気にして生活している	5. とても気にして生活している
Q15	糖尿病になってから、あなたは家族に気を遣うようになりましたか	1. 全く気を遣わない	2. 気を遣わない	3. どちらともいえない	4. 気を遣うようになった	5. とても気を遣うようになった
Q16	あなたは、糖尿病は自分の問題であり、家族は関係ないと思いますか	1. 全く関係ないと思う	2. 関係ないと思う	3. どちらともいえない	4. 関係すると思う	5. とても関係すると思う
Q17	家族は、あなたが努力しているとわかっていると思いますか	1. 全く思わない	2. 思わない	3. どちらともいえない	4. 思う	5. とても思う
Q18	家族は、あなたが糖尿病に負けないと思っていると感じますか	1. 全く感じない	2. 感じない	3. どちらともいえない	4. 感じる	5. とても感じる
Q19	家族が、あなたの食事や飲みに口出しするのは、あなたが糖尿病を管理できる人だと思っているからだと感じますか	1. 全く感じない	2. 感じない	3. どちらともいえない	4. 感じる	5. とても感じる
Q20	家族の求める理想とする生活に、あなたは家族の思いを尊重しようとして行動していますか	1. 全く行動していない	2. 行動していない	3. どちらともいえない	4. 行動している	5. とても行動している
Q21	あなたは、療養生活について家族と食い違いが起こったとき、修復しようと努力していますか	1. 全く努力していない	2. 努力していない	3. どちらともいえない	4. 努力している	5. とても努力している
Q22	あなたは、食事、運動、薬を飲むことなどで自分が気をつけていればいいことは守っていることを家族は見守ってくれていると思いますか	1. 全く思わない	2. 思わない	3. どちらともいえない	4. 思う	5. とても思う

性別、年齢、糖尿病罹患歴、ヘモグロビンA1c (HbA1c)、治療方法、家族構成を自記式質問紙または参加者の同意を得て診療記録より収集した。

2) 調査方法

質問紙の回答は当日行い、研究者が即日回収した。質問紙に番号をつけ連結可能とした。回答場所は、参加者の希望に沿うようにし、参加者が質問紙に回答している際は、質問紙の回答に研究者の影響が出ないように不明点があったときのみ参加者へ対応した。

4. 分析方法

統計解析ソフトSPSS 25 J for Windows とAMOS ver.24を使用し以下2項目について検討した。

1) 信頼性 (内的整合性) の検討: 項目分析、Item-Total (I-T) 相関、Good-Poor (GP) 分析、ARRFS全体及び下位尺度の α 係数算出、各下位尺度の主成分分析

2) 妥当性の検討: 基準関連妥当性を検討するための相関分析、既知集団妥当性を検討するための t 検定、構成概念妥当性を検討するための確認的因子分析

5. 倫理的配慮

本研究への参加は自由意思によるものであり、参加することに同意しない場合でも対象者の診療において不利益は生じないことを保証した。本研究で得られた個人情報に連結可能匿名化とし、個人が特定できないように符号化することや、個人情報と対応表は別々に保管し、漏洩・盗難・紛失が起こらないように厳重に管理することについて書面および口頭で説明し、書面で同意を得た。

表2 対象者の概要

		n=155	
	区分	n	(%)
性別	男性	103	(66.5)
	女性	52	(33.5)
年齢 (歳)	20-40未満	7	(4.5)
	40-60未満	31	(20.0)
	60-80未満	106	(68.4)
	80以上	11	(7.1)
治療方法 (複数回答)	食事療法	64	(41.3)
	運動療法	51	(32.9)
	内服	130	(83.9)
	注射薬	69	(4.5)
看護師による面接経験	あり	67	(43.2)
	なし	86	(55.5)
	不明	2	(1.3)

本研究は、A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: 661-2)。

結 果

回収数は155名 (回収率100%)、回答率は100%であった。ARRFSおよびSCAQの質問項目の回答においてエラー回答・重複回答・無回答はなく、全155名の回答を分析対象とした。個人特性において無回答があったものは、カルテより確認もしくは不明として分析を行った。

1. 対象者の特性 (表2)

全155名において男性103名 (66.5%)、女性52名 (33.5%)、平均年齢は64.8±12.0歳、糖尿病罹患歴の平均値14.2±9.7年、治療方法は内服薬の使用が最も多く、HbA1cの平均値は7.2±1.0%であった。同居家族人数は2.9±1.3人、看護師からの面接経験は「あり」が67名 (43.2%) であった。

2. 信頼性の検討

項目分析において天井効果およびフロア効果は

表3 「2型糖尿病患者の家族サポート感取・対応力尺度」 (5件法) の項目分析 (n=155)

項目	平均値	標準偏差	I-T相関	GP分析 平均値の差
Q1	3.5	0.9	.254**	0.5*
Q2	3.8	0.7	.618**	1.2**
Q3	3.8	0.8	.452**	1.0**
Q4	3.2	0.8	.400**	0.9**
Q5	3.7	0.8	.543**	1.2**
Q6	3.6	0.8	.637**	1.3**
Q7	3.1	1.0	.689**	1.8**
Q8	3.1	1.0	.668**	1.6**
Q9	3.1	1.0	.716**	1.8**
Q10	3.0	1.0	.669**	1.7**
Q11	3.0	1.0	.688**	1.6**
Q12	2.6	0.9	.418**	0.9**
Q13	3.3	0.9	.641**	1.4**
Q14	3.3	1.0	.613**	1.3**
Q15	3.1	0.9	.492**	1.1**
Q16	3.3	1.0	.410**	1.0**
Q17	3.5	0.8	.687**	1.5**
Q18	3.4	0.7	.551**	1.0**
Q19	3.3	0.8	.608**	1.3**
Q20	3.3	0.8	.582**	1.2**
Q21	3.5	0.8	.564**	1.1**
Q22	3.8	0.6	.463**	0.8**

I-T相関: Item-Total相関

GP分析: Good-Poor分析

* $p < .05$

** $p < .001$

みられなかった。I-T相関は、.254-.716の範囲であり、2未満の相関係数を示す項目はなかった。GP分析では、尺度得点の上位25%と下位25%の対象者を抽出し、項目毎に上位群・下位群の平均得点に対しt検定を行った結果、すべての項目において有意差がみられた。

ARRFS全体の α 係数は.908、下位尺度では.652-.862であった(表3)。ARRFSは5因子から構成されているため、そのまま5つの下位尺度とし各下位尺度について主成分分析を行う方法を用い

た(表4)。各下位尺度の成分負荷量は.4以上であり、寄与率は48.1-70.6%であった。

3. 妥当性の検討

1) 基準関連妥当性の検討

ARRFSとSCAQとの相関係数を算出した。その結果、Spearmanの相関係数は.610 ($p<.001$)であった。

2) 既知集団妥当性の検討

既知集団妥当性を検討するために、「看護師からの面接を受けた経験」の有無で2群に分け、

表4 「2型糖尿病患者の家族サポート感取・対応力尺度」(5件法)の主成分分析

n=155

第1因子【糖尿病をもつ自分への家族からのまなごし感取力】6項目	Cronbach's α = .761	成分負荷量
Q2 家族は、糖尿病であるあなたを理解しようとしてくれていると思いますか		.841
Q6 家族は、あなたを糖尿病になる前よりも心配していると思いますか		.788
Q3 糖尿病になってからも、家族はあなたを大事に思ってくれていると感じますか		.787
Q5 家族は、あなたの弱い部分も強い部分も知っていると思いますか		.666
Q4 あなたは、糖尿病ということで、社会や会社の中では健康じゃないという意識を持っていることを家族は知っていると 思いますか		.502
Q1 自分で管理しなければならないことをなかなかできないと感じていることを家族はわかっていると思いますか		.495
		寄与率 48.1%
第2因子【療養生活を家族とともに歩むための相互交渉力】5項目	Cronbach's α = .862	成分負荷量
Q9 あなたは、療養生活の思いを家族と話していますか		.846
Q10 糖尿病と関係ない生活のさまざまなことが血糖コントロールに影響することを、あなたは家族と話していますか		.822
Q7 あなたは、糖尿病が悪化したとき、家族とその理由について話し合っていますか		.818
Q8 家族があなたの食事に対して何を思っているのか、あなたは確かめていますか		.780
Q11 あなたは、自分の療養生活での努力を家族に伝えようとしていますか		.748
		寄与率 64.6%
第3因子【家族の中での糖尿病の位置づけ調整力】5項目	Cronbach's α = .768	成分負荷量
Q14 あなたは、家族の中で糖尿病のことを気にして生活していますか		.825
Q13 あなたは、糖尿病をもって生活する上で家族への思いを、普段意識していると思いますか		.778
Q15 糖尿病になってから、あなたは家族に気を遣うようになりましたか		.767
Q12 あなたは、糖尿病ということで、家族に特別な感情がありますか		.676
Q16 あなたは、糖尿病は自分の問題であり、家族は関係ないと思いますか		.562
		寄与率 53.0%
第4因子【家族から向けられる糖尿病患者としての信頼力】3項目	Cronbach's α = .791	成分負荷量
Q19 家族が、あなたの食事や飲食に口出しするのは、あなたが糖尿病を管理できる人だと思っているからだと感じますか		.861
Q17 家族は、あなたが努力しているとわかっていると思いますか		.857
Q18 家族は、あなたが糖尿病に負けたいと思っていると感じますか		.801
		寄与率 70.6%
第5因子【療養生活に対する家族との相互尊重力】3項目	Cronbach's α = .652	成分負荷量
Q21 あなたは、療養生活について家族と食い違いが起こったとき、修復しようと努力していますか		.816
Q20 家族の求める理想とする生活に、あなたは家族の思いを尊重しようとして行動していますか		.767
Q22 あなたは、食事、運動、薬を飲むことなどで自分が気をつけていけばいいことは守っていることを家族は見守って くれていると思いますか		.720
		寄与率 59.0%

尺度全体のCronbach's α = .908

ARRFSの総得点についてt検定を行った。看護師からの面接経験ありは67名、なしは86名だった。総得点の平均値は、経験ありが75.7±11.0点、経験なしは71.6±11.0点であり、看護師からの面接経験あり群の総得点が有意に高かった($p = .025$ 、 t 値2.262、自由度151)。

3) モデル適合度の確認

ARRFSのモデル適合度を確認的因子分析で検討した。因子間に共分散を設定し検討したところ、

適合度指標 (Goodness of Fit Index : GFI) は .836、修正適合度指標 (Adjusted Goodness of Fit Index : AGFI) は .791、比較適合度指標 (Comparative Fit Index : CFI) は .887、平均二乗誤差平方根 (Root Mean Square Error of Approximation : RMSEA) は .054であった。そのため、再分析で修正指数を参考にし、質問項目同士が似ているQ2と3、Q7と9、Q13と14、質問項目の抽象度が高いQ18と20の各間に誤差共分散を設定する修正を行

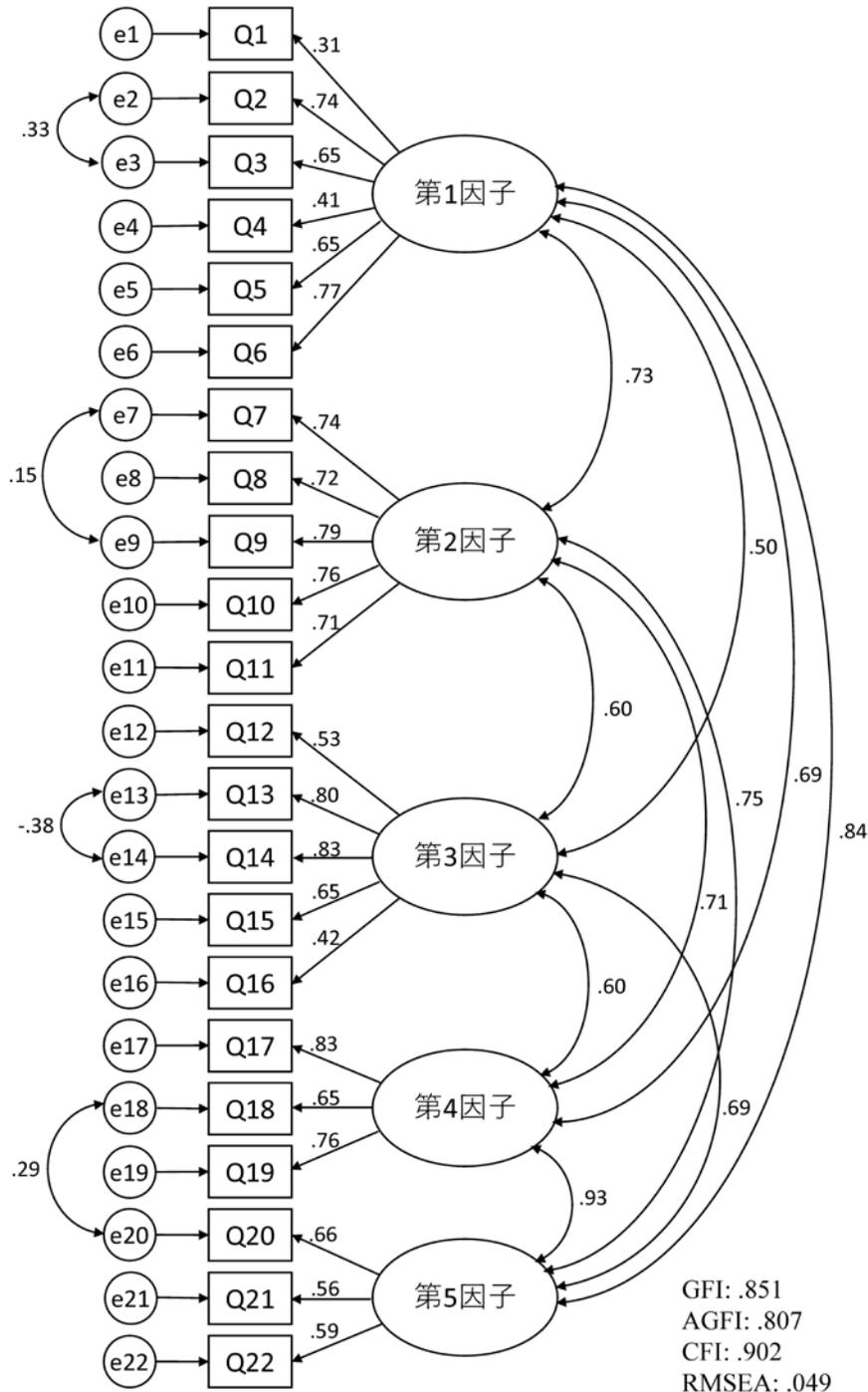


図1 「2型糖尿病患者の家族サポート感取・対応力」(5件法)のモデル適合度

った(図1)。その結果、GFIは.851、AGFIは.807、CFIは.902、RMSEAは.049となった。

考 察

ARRFSの信頼性において、I-T相関が保たれており、ARRFS全体の α 係数は.908、下位尺度の α 係数は.652-.862で、第5因子以外は全て.70以上の値を示した。一般的に.70以上であれば信頼性の高い尺度と見なされる⁷⁾ことより、ARRFSの内的整合性が確認できた。また、7件法の α 係数は.928であり、5件法は7件法と同等の信頼性が保たれていると考えられた。

妥当性では、基準関連妥当性としてARRFSとSCAQの相関係数を算出した。相関係数は.610と有意な中等度の相関がみられた。基準関連妥当性の相関は中等度が妥当であり、基準関連妥当性は支持されたといえた。既知集団妥当性では、看護師からの面接経験あり群はなし群に比べ総得点が有意に高く、既知集団妥当性も確認された。加えて、ARRFSの5下位尺度ごとに主成分分析を行い検討したところ、各下位尺度の成分負荷量(.495-.861) および寄与率(48.1-70.6%)は十分な値を示した。構成概念妥当性の確認的因子分析によるモデル適合度では、修正指数を参考にし誤差共分散を設定したところ、CFIは.902、RMSEAは.049であり、CFI \geq .90、RMSEA $<$.05の基準⁸⁾を満たした。これらのことからARRFSが妥当であると判断できた。

以上より、ARRFS(5件法)は、一定の信頼性と妥当性が保証され臨床活用が可能である。

本研究の限界と今後の課題

本研究では再テスト法は実施していないため、尺度の安定性は確認されていない。今後、再テスト法を用いて安定性を確認する必要がある。

結 論

ARRFS(5件法)は、一定の妥当性と信頼性があることが確認された。

謝 辞

本研究に快くご協力くださいました参加者の皆様、またご協力くださいました医療スタッフの皆様、心より御礼申し上げます。そして、いつもあ

たたかく導いてくださいました稲垣美智子先生に心より感謝申し上げます。

なお、本研究はJSPS KAKENHI Grant Number JP17K17438の助成を受け実施した。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- 1) 堀口智美, 稲垣美智子, 多崎恵子: 重度の合併症のない2型糖尿病患者が家族に思いを抱くという体験, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 14(2), 130-137, 2010
- 2) Kang CM, Chang SC, Chen PL, et al.: Comparison of family partnership intervention care vs. conventional care in adult patients with poorly controlled type 2 diabetes in a community hospital: a randomized controlled trial, International Journal of Nursing Studies, 47(11), 1363-1373, 2010
- 3) 宮本陽子, 野口多恵子: 血糖コントロールが良好な二型糖尿病患者の自己効力感に対する家族のかかわり, 日本看護学会論文集 地域看護, 39, 194-196, 2008
- 4) Horiguchi T, Inagaki M, Tasaki K: A scale for Japanese type 2 diabetes patient ability to recognize and respond to family support: during the time without serious complications, Journal of Tsuruma Health Science Society Kanazawa University, 37(1), 23-32, 2013
- 5) 加留部清: 質問文の標準化, 林知己夫編, 社会調査ハンドブック, 朝倉書店, 300-332, 東京, 2003
- 6) 本庄恵子: 慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙の改訂, 日本看護科学会誌, 21(1), 29-39, 2001
- 7) Polit DF, Beck CT: 第17章 測定用具アセスメントのための信頼性, 妥当性, その他の基準, 近藤潤子監訳, 看護研究: 原理と方法(初版), 医学書院, 239-256, 東京, 2004
- 8) 中山和弘: 看護学のための多変量解析入門, 第11章 因子分析と重回帰分析を統合した構造方程式モデリング, 医学書院, 271-280, 東京, 2018

研究報告

糖尿病患者へのフットケアに関わる看護師が捉える 理学療法士との連携意識の実態

Actual state regarding how aware nurses providing diabetic foot care services are of collaborations with physical therapists

濱野 初恵^{1) 3)}, 伊東 克晃²⁾, 片田 裕子³⁾

Hatsue Hamano^{1) 3)}, Katsuaki Itou²⁾, Yuko Katada³⁾

¹⁾ 金沢大学医薬保健学総合研究科, ²⁾ かみいち総合病院リハビリテーション科

³⁾ 富山県立大学看護学部

¹⁾ Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University

²⁾ Department of Rehabilitation, Kamiichi General Hospital

³⁾ Faculty of Nursing, Toyama Prefectural University

キーワード

フットケア, チーム医療, 糖尿病看護, 理学療法士, 連携尺度

Key words

foot care, team medicine, diabetes nursing, physical therapists, collaboration scale

緒言

糖尿病患者の日常的な足のケアを行う上で、フットケア外来の重要性が高まっている。糖尿病による慢性的な高血糖状態は全身の臓器・組織にさまざまな血管障害をもたらす。とりわけ、糖尿病性神経障害 (Diabetic Neuropathy: 以下DN) は糖尿病特有の合併症とされ、糖尿病に罹患した患者の約半数がDNを併発するとの報告がある¹⁾。糖尿病患者のDNや末梢動脈疾患などによる下肢切断は年間3000人以上にのぼり、非外傷性の切断原因の第1位とされる²⁾。このような非外傷性による下肢切断のリスクを減らすためには、血糖コ

ントロールに加え日常的な足のケア、すなわちフットケアが重要である。

2008年より糖尿病合併症管理料が保険診療として認められるようになったことを契機に、フットケアへの関心はさらに高まり、糖尿病患者を対象としたフットケア外来を設置する施設が増加している。糖尿病患者の下肢切断を回避するためには、フットケア外来における看護師と理学療法士の連携が重要である。DNを有する糖尿病患者では、歩行時の関節可動域の制限を認め、足関節と母趾基節骨関節の可動域制限が大きいほど足底圧が上昇する傾向にある³⁾。足底圧の上昇は胼胝や潰瘍

連絡先: 濱野 初恵

富山県立大学看護学部

〒930-0975 富山県富山市西長江2-2-78

発生の要因となるが、運動療法による関節可動域改善によって足底圧の減少効果にも寄与するとの報告がある⁴⁾。したがって、関節可動域に着目した理学療法士によるアプローチはフットケアにおいて極めて重要である。

さらに、フットケアを行う職種としては看護師が最も多く⁵⁾、下肢救済のための職種を超えた裾野の広い連携体制の構築の重要性⁶⁾や、切断の回避には理学療法士の介入が不可欠であることが報告されている⁷⁾。これらより、運動学的視点を専門とする理学療法士との協働したアプローチが重要である。すなわち、フットケアにかかわる看護師は理学療法士との連携を意識し、協働したフットケアを実践していく必要があると考える。

特にチーム医療による協働促進においては専門看護師、認定看護師への期待が高まっており⁸⁾、彼ら、彼女らが高い専門性を発揮して理学療法士と連携することで、より良いフットケアが実現できる可能性がある。しかしながら、これまでにフットケア外来での看護師と理学療法士の連携の実態に関する報告はなく、医療現場の現状は明らかにされていない。看護師を対象とした実態調査を行うことで、看護師と理学療法士とのフットケアにおけるさらなる連携強化に向けた課題が明確化できると期待できる。以上のことから、本研究はフットケア外来に携わる看護師の理学療法士との連携意識の実態を明らかにすることを目的とした。また、専門看護師や認定看護師の資格の有無による連携意識の差異について分析を行った。これらの知見は、フットケア外来における看護師の理学療法士との連携意識向上に向けた方策を検討する一助となるものと考えられる。

研究目的

本研究では、フットケア外来における看護師の理学療法士との連携意識と協働の実態について明らかにする。

用語の定義

連携意識：Leuts⁹⁾の定義より、「多職種をつなぎ、協調し、同一組織のように機能するネットワークを構築するための意識」とした。

研究方法

1. 研究デザイン

横断研究による実態調査研究

2. 研究対象者

2019年6月現在、糖尿病合併症管理料を算定している全国の医療機関2442施設のうち150施設を層別無作為抽出法にて選定した。第1の層化は病床数200床以上、200床未満に分類、第2の層化は全国の都道府県を9の地域に分類し抽出した。理学療法士の在籍については、抽出した150施設の医療機関のホームページを閲覧し、在籍していることを確認した。看護師の選定については、医療機関の看護部長宛に依頼文の送付時、フットケア外来にて糖尿病患者へのフットケアにかかわり、診療報酬の算定基準を満たす研修を修了している対象者1名の選定を依頼した。

3. 調査期間

2019年7月～2019年11月

4. 調査方法

1) 質問紙の配布と回収：対象者の所属する病院の看護部長宛に、研究の趣旨、目的、方法等を記載した説明文書を送付し、対象者に対し無記名自記式質問紙の配布を依頼した。質問紙は、看護部長宛の説明文書とともに郵送にて送付した。質問紙は、同封した返信用封筒にて対象者が直接返送できる形にし、回収した。

2) 調査内容：無記名自記式質問紙では、以下の項目について調査した。

(1) 基本属性

年齢、性別、看護師としての臨床経験年数、フットケア外来での経験年数、糖尿病看護に関する保有資格、所属施設の病床数と医療機関の種類などについて調査した。

(2) 看護師が捉える理学療法士との連携意識

本研究では、看護師と理学療法士との連携を、医療機関内におけるフットケアに関する課題解決に向け、看護師と理学療法士が主体的に協力しながら取り組んでいくこととして捉えた。このような、連携に対する意識を評価、測定できる尺度として、藤井ら¹⁰⁾によって開発された、「医療機関における多職種連携の状況を評価する尺度」を一部修正し、使用した(以下、連携評価尺度とする)。例えば、多職種に教わることができているといった質問では、多職種を理学療法士と置き換えて記載し、質問項目とした。本尺度構成は「患者中心の職場のまとまり」7項目、「職員間の協働性」10項目、「連携のための活動」3項目の全20項目からなり、開発者によって信頼性および妥当性が確認されている尺度である。尺度の一部修正において、各質問項目の表面的妥当性の検討として、糖尿病看護にかかわる有識者2名とともに、修正

内容や修正後も文意が変わっていないかについて検討を行った。さらに、内的整合性を確認するため、Cronbach's α 係数を求めた。理学療法士との連携は、現在のフットケア外来での連携状況について、全くあてはまらない（1点）～とてもあてはまる（4点）の4段階評価で回答を求め、点数が高いほど理学療法士と常に連携していることを意味している。本尺度に関し、開発者に研究の主旨について文書による説明を行い、内容を一部改訂して使用する許可を得た。

(3) フットケア外来での看護師と理学療法士との連携に対する考え

連携をとる上での課題、連携の必要性、連携を行うために必要なことの3点を尋ねた。連携をとる上での課題については、先行研究³⁾¹¹⁾を参考に、「基本的な考えが異なる」、「連携する患者がない」、「協議や調整を行うシステムがない」、「時間がない」、「雰囲気がない」の5つに「必要性を感じない」、「その他」の2つを加えた計7つの選択肢にて、当てはまるもの全てについて回答を得た。連携の必要性については、「必要であり連携していきたい」、「必要であるが連携は難しい」、「必要ではない」、「その他」の4件法で回答を得た。「その他」については、自由記載で尋ねた。連携を行うために必要なことについては、先行研究¹²⁾を参考に「診療報酬など法的な整備」、「定期的な意見交換の機会」、「協議・調整を行う部署」、「人材育成」、「チーム連携のシステム」、「その他」の6つの選択肢にて、当てはまるもの全てについて回答を得た。

5. データ分析方法

解析方法は、連携評価尺度については基本統計量を算出し、認定看護師資格の有無と各質問項目および下位尺度ごとに平均値と標準偏差（Mean \pm standard deviation以下：M \pm SD）を求め、得点の差の比較を行った。検定はMann-WhitneyのU検定を行い、統計学的有意確率は5%未満とした。また、下位尺度および総得点の得点範囲（以下：RANGE）も示した。下位尺度の連携をとる上での課題、連携の必要性、連携を行うために必要なことについては単純集計を行った。分析ソフトは、IBM SPSS statistics Ver. 26を用いた。

6. 倫理的配慮

対象者が所属する病院の看護部責任者に対し、研究の依頼文書を送付し、研究の目的・内容について説明し同意を得た。対象者個人に対して研究の目的・内容・研究方法・研究参加は任意である

ことや研究により得たデータは本研究のみに使用し、公表の際には個人や病院が特定されないようにすること、同意の撤回や不参加があっても何ら不利益を被らないことを文書により説明した。自記式質問紙は無記名とし、個別郵送にて回収した。また、調査用紙の回収をもって、本研究に同意したとみなした。なお本研究は、富山県立大学の倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 看護R1-第10号）。

結 果

1. 対象者の概要（表1）

全国150施設の対象者150名に質問紙の配布を行い、53名から回答を得た（回収率35.3%）。回答に不備のない52名（有効回答率98.1%）を分析した。看護師の平均年齢は44.0 \pm 12.0歳、平均看護師経験年数は22.8 \pm 7.5年、平均フットケア経験年数は5.9 \pm 3.6年であった。51名（98.1%）が女性であった。所属医療機関の種類では一般病院が42名（80.8%）と最も多かった。保有資格については、糖尿病看護認定看護師15名（28.8%）、皮膚・排泄ケア認定看護師4名（7.7%）であった。

2. 連携評価尺度を用いたフットケア外来における看護師と理学療法士の連携の実態

1) フットケア外来に関わる看護師と理学療法士の連携意識

(1) 連携評価尺度の得点分布（表2）

連携評価尺度における項目ごとの平均得点は2.1 \pm 1.1点であった。下位尺度別では、「患者中心の職場のまとまり」（7項目）の平均得点は2.0 \pm 1.1点、「職員間の協働性」（10項目）の平均得点は2.2 \pm 1.2点、「連携のための活動」（3項目）の平均得点は2.1 \pm 1.1点であった。下位尺度「患者中心の職場のまとまり」では、「1. 対象の患者さんについて理学療法士との間で話し合っ、さまざまな視点からの情報を共有できる」、「2. 患者さんのケアに対する目標が統一され、共有できている」、「4. フットケアに関する問題が起こった時、理学療法士と共にどうしたらそれが解決できるかを考える」、「6. 紙や電子カルテだけの意思疎通だけでなく、顔を合わせて意見や気持ちを話し合っている」、「7. カンファレンスにおいて看護師・理学療法士それぞれが意見を述べている」の5項目、下位尺度「職員間の協働性」では、「9. 真剣で遠慮ない話し合いを、患者家族を中心に考えながらできている」1項目と、全20項目中6項目において、対象者全体の半数以上が「全くあてはま

表1 対象者の属性 (N=52)

		n	(%)
性別	男性	1	1.9
	女性	51	98.1
年齢	30～39歳	8	15.4
	40～49歳	25	48.0
	50歳以上	16	30.8
	不明	3	5.8
看護師経験年数	5～9年	2	3.8
	10～19年	15	28.8
	20～29年	23	44.3
	30年以上	12	23.1
フットケア経験年数	0～4年	21	40.4
	5～9年	16	30.8
	10～19年	15	28.8
病院別	大学病院	1	1.9
	一般病院	42	80.8
	診療所	3	5.8
	療養型（回復期）病院	4	7.7
	その他・不明	2	3.8
病床数	199床未満	20	38.5
	200～299床	12	23.1
	300～399床	6	11.5
	400～499床	5	9.6
	500床以上	9	17.3
保有資格（重複も含む）	糖尿病看護認定看護師	15	28.8
	皮膚・排泄ケア認定看護師	4	7.7
	フットケア指導士	11	21.2
	日本糖尿病療養指導士	32	61.5

らない」と回答していた。

(2) 認定看護師と認定看護師以外の看護師（以下：その他）の連携評価尺度得点比較（表3）

連携評価尺度（総得点80点）について、20項目の総合得点の平均点は、全体で42.5±18.6点で、認定看護師を有する群46.3±17.0点、その他41.0±19.3点であった。認定看護師資格を有する群がその他と比較すると、下位尺度全ての因子において平均値が高く、20項目中17項目の平均値が高かった。Mann-WhitneyのU検定による比較では、20項目のうち「10.それぞれの専門職が専門性を十分に発揮して、患者のためのケアに貢献している」（p=.006）1項目が認定看護師を有する群において有意に得点が高かった。総得点におけるRANGE（20-80点）では、全体で60点、認定看護師を有する群60点、その他57点であった。

連携評価尺度のCronbach's α 係数は下位尺度1から下位尺度3の順に .952、.948、.938、であり、いずれも高い内的整合性が示された。

2) 理学療法士との連携に対する意識について
(1) 理学療法士と連携をとる上での課題について（表4）

フットケアに携わる看護師が捉える理学療法士と連携をとる上での課題について、最も回答が多かったのは、「協議や調整を行うシステムがない」36名（69.2%）であり、「時間がない」16名（30.8%）、「連携する患者がいらない」8名（15.4%）と続き、その他の意見としては、理学療法士のマンパワー不足が挙げられた。

(2) 理学療法士との連携の必要性について（表5）
フットケアに携わる看護師が捉える理学療法士と連携の必要性について、「必要であり連携して

表2 連携評価尺度の項目と回答分布

(N=52)

	全く あてはまらない n (%)	あまり あてはまらない n (%)	やや あてはまる n (%)	とても あてはまる n (%)
【下位尺度1：患者中心の職場のまとまり】				
1. 対象の患者さんについて理学療法士との間で話し合っ て、さまざまな視点からの情報を共有できる	31 (59.6)	9 (17.3)	9 (17.3)	3 (5.8)
2. 患者さんのケアに対する目標が統一され、共有でき ている	27 (51.9)	13 (25.0)	8 (15.4)	4 (7.7)
3. 理学療法士の中で、ある程度の期間一緒に働き、人間 関係の構築が可能な人が何人かいる	23 (44.2)	8 (15.4)	15 (28.9)	6 (11.5)
4. フットケアに関する問題が起こった時、理学療法士と 共にどうなったらそれが解決できるかを考える	28 (53.8)	12 (23.1)	9 (17.3)	3 (5.8)
5. 理学療法士とざっくばらんに話ができる	20 (38.5)	7 (13.5)	8 (15.4)	17 (32.7)
6. 紙や電子カルテだけの意思疎通だけでなく、顔を 合わせて意見や気持ちを話し合っている	26 (50.0)	3 (5.8)	11 (21.1)	12 (23.1)
7. カンファレンスにおいて看護師・理学療法士それぞ れが意見を述べている	29 (55.7)	8 (15.4)	8 (15.4)	7 (13.5)
【下位尺度2：職員間の協働性】				
8. わからないことがあれば、理学療法士に教えてもら うことができる	20 (38.5)	4 (7.7)	13 (25.0)	15 (28.9)
9. 真剣で遠慮ない話し合いを、患者家族を中心に考え ながらできている	26 (50.0)	8 (15.4)	10 (19.2)	8 (15.4)
10. それぞれの専門職が専門性を十分に発揮して、患者 のためのケアに貢献している	20 (38.5)	7 (13.5)	14 (26.9)	11 (21.1)
11. お互いに、各職種の専門とする領域の得意・不得意 や特徴を理解し合っている	22 (42.3)	9 (17.3)	13 (25.0)	8 (15.4)
12. カンファレンスで一度も発言しない職種がないよう に配慮されている	17 (32.7)	4 (7.7)	22 (42.3)	9 (17.3)
13. 理学療法士に仕事や役目を一方的に押し付けないう にしている	17 (32.7)	4 (7.7)	22 (42.3)	9 (17.3)
14. 在宅療養において、必要な地域ケアに継続的に援助 を繋げられている	23 (44.2)	11 (21.1)	14 (27.0)	4 (7.7)
15. 看護師が、理学療法士の不満を誰かにいうことはない	18 (34.6)	2 (3.9)	11 (21.1)	21 (40.4)
16. 患者さんへの支援の方向性や目標、職種間の足並み が揃っている	21 (40.4)	11 (21.1)	14 (27.0)	6 (11.5)
17. 仕事はきついが、理学療法士と一緒に頑張る楽しさ がある	25 (48.1)	11 (21.1)	11 (21.1)	5 (9.7)
【下位尺度3：連携のための活動】				
18. 患者さんへの支援について、何かを気にかけてい る場合に、全体で取り上げるようにしている	21 (40.4)	6 (11.5)	17 (32.7)	8 (15.4)
19. チームの構成メンバーは、チームの全体を視野に 入れている	22 (42.3)	9 (17.3)	15 (28.9)	6 (11.5)
20. 患者の価値観への配慮が必要で、技術で割り切れない 問題は、全員一致で決めている	23 (44.2)	10 (19.2)	15 (28.9)	4 (7.7)

表3 連携評価尺度の下位尺度得点と項目別得点

	全体 (N=52) M±SD	認定看護師資格 あり (n=19) M±SD	認定看護師資格 なし (n=33) M±SD	有意確率
【下位尺度1：患者中心の職場のまとまり 7項目, $\alpha=0.952$】				
1. 対象の患者さんについて理学療法士との間で話し合っ て、さまざまな視点からの情報を共有できる	1.7±1.0	1.6±0.9	1.7±1.0	.930
2. 患者さんのケアに対する目標が統一され、共有でき ている	1.8±1.0	1.7±0.9	1.8±1.0	.698
3. 理学療法士の中で、ある程度の期間一緒に働き、人 間関係の構築が可能な人が何人かいる	2.1±1.1	2.3±1.1	2.0±1.1	.311
4. フットケアに関する問題が起こった時、理学療法士 と共にどうなったらそれが解決できるかを考える	1.8±1.0	1.9±0.9	1.7±1.0	.147
5. 理学療法士とざっくばらんに話ができる	2.4±1.3	2.7±1.3	2.3±1.3	.151
6. 紙や電子カルテだけの意思疎通だけでなく、顔を 合わせて意見や気持ちを話し合っている	2.2±1.3	2.5±1.4	2.1±1.3	.160
7. カンファレンスにおいて看護師・理学療法士それ ぞれが意見を述べている	1.9±1.1	1.8±1.1	1.9±1.2	.890
下位尺度1 合計点	13.8±6.82	14.5±6.58	13.5±6.99	.226
RANGE	7-28	7-28	7-28	
【下位尺度2：職員間の協働性 10項目, $\alpha=0.948$】				
8. わからないことがあれば、理学療法士に教えて もらうことができる	2.4±1.3	2.7±1.2	2.4±1.3	.182
9. 真剣で遠慮ない話し合いを、患者家族を中心 に考えながらできている	2.0±1.2	2.3±1.3	1.9±1.1	.206
10. それぞれの専門職が専門性を十分に発揮し て、患者のためのケアに貢献している	2.3±1.2	2.9±1.1	2.1±1.2	.006*
11. お互いに、各職種専門とする領域の得意・ 不得意や特徴を理解し合っている	2.1±1.1	2.3±1.1	2.1±1.2	.205
12. カンファレンスで一度も発言しない職種 がないように配慮されている	2.4±1.1	2.7±1.1	2.3±1.1	.357
13. 理学療法士に仕事や役目を一方的に押し 付けていないようにしている	2.4±1.1	2.7±1.1	2.3±1.1	.357
14. 在宅療養において、必要な地域ケアに 継続的に援助を繋げられている	2.0±1.0	2.1±1.0	1.9±1.0	.645
15. 看護師が、理学療法士の不満を誰かに いうことはない	2.7±1.3	3.1±1.2	2.5±1.4	.201
16. 患者さんへの支援の方向性や目標、職 種間の足並みが揃っている	2.1±1.1	2.2±1.1	2.1±1.1	.117
17. 仕事はきついが、理学療法士と一緒に 頑張る楽しさがある	1.9±1.0	2.0±1.0	1.9±1.1	.550
下位尺度2 合計点	22.4±9.5	25.1±8.2	21.4±9.9	.122
RANGE	10-40	10-40	10-39	
【下位尺度3：連携のための活動 3項目, $\alpha=0.938$】				
18. 患者さんへの支援について、何かを 気にかけている場合に、全体で取り 上げるようにしている	2.2±1.2	2.3±1.1	2.2±1.2	.132
19. チームの構成メンバーは、チームの 全体を視野に入れている	2.1±1.1	2.3±1.1	2.0±1.1	.086
20. 患者の価値観への配慮が必要で、 技術で割り切れない問題は、全 員一致で決めている	2.0±1.0	2.2±1.0	1.9±1.0	.197
下位尺度3 合計点	6.3±3.1	6.8±3.2	6.1±3.1	.106
RANGE	3-12	3-12	3-12	
総得点	42.5±18.6	46.3±17.0	41.0±19.3	.199
RANGE	20-80	20-80	20-77	

Mann-WhitneyのU検定 * : $p < 0.05$

表4 理学療法士と連携をとる上での課題 (N=52)

選択項目 (複数回答)	n	%
基本的考えが異なる	0	0.0
連携する患者がいない	8	15.4
協議や調整を行うシステムがない	36	69.2
時間がない	16	30.8
雰囲気がない	3	5.8
必要性を感じない	2	3.8
その他	7	13.5

表5 理学療法士との連携の必要性 (N=52)

選択項目 (複数回答)	n	%
必要であり連携していきたい	33	63.5
必要であるが連携は難しい	15	28.8
必要ではない	1	1.9
その他	3	5.8

表6 理学療法士と連携を行うために必要なこと (N=52)

選択項目 (複数回答)	n	%
診療報酬などの法的な整備	24	46.2
定期的な意見交換の機会	27	51.9
協議・調整を行う部署	20	38.5
人材育成	26	50.0
チーム連携のシステム	38	73.1
その他	8	15.4

いきたい」33名 (63.5%)、「必要であるが連携は難しい」15名 (28.8%) の順に多かった。

(3) 理学療法士と連携を行うために必要なことについて (表6)

フットケアに携わる看護師が捉える理学療法士と連携を行うために必要なことについて、「チーム連携のシステム」38名 (73.1%)、「定期的な意見交換の機会」27名 (51.9%)、「人材育成」26名 (50.0%) の順に多かった。

考 察

1. 連携評価尺度の得点による看護師と理学療法士の連携の実態

連携評価尺度の結果より、フットケアにかかわる看護師は理学療法士との連携意識が低い実態が推察された。回答では20項目中、6項目で半数以上の対象者が「全く当てはまらない」を選択しており、特に下位尺度「患者中心の職場のまとまり」

7項目においては、5項目が該当していた。下肢慢性創傷の診療にかかわる理学療法士の実態調査では、糖尿病足病変に対し「医師・看護師に任せている」ことが理学療法を実施していない理由の一つにある¹³⁾。このことから、看護師、理学療法士双方の連携意識が不足していることが考えられた。先行研究¹⁴⁾では、多職種間連携の阻害要因には、異なる職種は理解不足のため対立しやすいことや、同質的なメンバーの方が仕事の効率が高いといった意識があるといわれている。本研究結果からも、看護師—理学療法士間の情報共有の不足と共有するための職場環境が影響しているものと考えられ、先行研究を支持する結果となったと言える。

糖尿病患者の下肢切断の85%は足潰瘍が先行し、足潰瘍のリスク要因として、足変形や関節可動域制限、高足底圧などがあげられるが¹⁵⁾、その多くは、定期的な足の点検、フットケアの実践などで予防可能であると示されている¹⁶⁾。したがって、関節可動域制限の改善や歩行による足底圧の軽減といった運動学的視点による理学療法士の介入は、予防的フットケアの観点からも極めて重要であると考えられるが、少なくとも看護師の意識からは連携がなされていない実態が示された。

佐々木¹⁷⁾は、看護師と理学療法士がチーム医療を促進するためには双方の思考過程の特徴を理解し、問題解決に対する意見交換が不可欠であると述べている。足の治療・ケアは、より多職種による介入や知恵の集合が必要となる医療分野であるとされる¹⁸⁾。したがって、患者の足を観察する機会の多い看護師は、フットケアにおける理学療法士の思考および専門性を理解するとともに、連携に対する意識の強化を図ることが、患者を適切な治療へとつなぐためには重要であると考えられる。

2. 認定看護師資格の有無による連携評価尺度の比較

認定看護師資格の有無において、資格を有する群がその他の群と比較すると得点が高い傾向にあったものの、有意差があったものは「それぞれの専門職が専門性を十分に発揮して、患者のためのケアに貢献している」の1項目のみであった。この項目は、他の項目にあるような“協働”や“連携”に関連した文言というよりは、“専門性の発揮”について尋ねている。1項目のみから多くを解釈することは難しいが、この項目に着目するならば、認定看護師はフットケアを、“専門性が発揮できる技術”として捉えている傾向にあったことが推

察された。認定看護師は、高度化・専門分化が進む医療現場での看護ケアの質の向上を目的として、現在19分野が特定されており、特に、糖尿病看護分野においては、特化した専門的技術としてフットケア技術があげられている¹⁸⁾。しかしながら、専門性に主眼が置かれ、連携意識という観点においては、自分のできる範囲の認識や自身の限界を認めることが難しい傾向にあった可能性も考えられる。櫃本¹⁹⁾は、自分のできる限界を知ること、問題解決のために自ずと他との連携を重視するようになり、丸抱えや、切捨てを極力避けるようになると述べている。また、認定看護師に期待される役割として、多職種と協働し、チーム医療のキーパーソンとして役割を果たすことが求められている¹²⁾。したがって、フットケアに関わる認定看護師においては、専門性を発揮するとともに、組織横断的に多職種を巻き込むための自己認識を高めていくことも連携を促進させる上では重要であると考える。

また、連携評価尺度の得点範囲においては両群共に個人差が大きい傾向にあった。このことは、資格の有無にかかわらず、看護師自身がフットケアにおける限界の把握の程度や個人の特性、職場環境などによって、連携評価尺度得点に影響が出た要因の一つとなったと考える。任²¹⁾は、フットケア研修を受講する看護師の既習得技術レベルが異なっており、臨床能力評価が十分にはできていないことを指摘している。したがって、今後は多職種連携も踏まえた看護師の能力評価についても検討していく必要がある。

3. フットケア外来で看護師と理学療法士の連携を促進するための課題

本研究から示唆された課題のひとつに連携するための「時間がない」が挙げられた。その理由として、糖尿病合併症管理料の算定には、患者1人に対して30分以上の指導が要件となっている²²⁾。指導には患者へのフットケア教育、足浴、爪甲や胼胝などの処置など多岐にわたることから、連携への必要性は感じているが、連携するための行動にまでは至っていない傾向にあったと考える。さらに、最も回答が多かった課題としては、看護師と理学療法士がフットケアについて協議や調整を行うための「連携システムのなさ」が挙げられた。瀬戸らが2008年に行った報告⁵⁾では、フットケアを実施する上での困難点として、「人員不足」、「時間不足」、「施設整備の不足」を挙げており、10年以上経過した現在もほぼ同様の結果と言える。

中村¹⁴⁾は、多職種間連携における促進要因には、これまでのやり方のままでは限界があるという「危機意識」、異なる職種がお互いに接する「継続的な場の設定」、連携に必要な知識を獲得するための「継続的な学習」、「small start with BIG picture (小さくてもやりやすいところからは始める)」の4つを挙げている。これまでの看護師と理学療法士の協働による糖尿病足病変の実践報告²³⁾²⁴⁾では、院内の状況把握と問題意識、既存の委員会活動の場を活用した情報発信、課題を共有し合える仲間づくり、個々の目標を共通の目標へと微調整する能力を推進しており、中村¹⁴⁾の述べている4要素を意識した看護師の実践能力が発揮されていたものと考えられる。したがって、フットケアにかかわる看護師はこれらの4要素を意識し、連携を視野に入れた看護実践能力を高めていくことが重要であると考える。

一方で、理学療法士の糖尿病足病変に対する病態の理解には、個人差があること¹³⁾が報告されている。また、フットケア外来を担う看護師が受講する「糖尿病足病変の指導に係る適切な研修」には所定のプログラム¹⁹⁾が基盤となっているが、内容については運動学的視点がどの程度含まれているか主催者側に委ねられているといった側面もある。高齢化が進む糖尿病患者の足病変は複雑で多様化しており²⁵⁾、一生歩ける足づくりを支えていくためには、骨や関節、筋肉といった解剖学や運動学的視点からの歩行機能維持・改善、リハビリテーションなどを含めたフットケアが今後ますます重要となってくると言える。そのため、連携の促進およびシステムの構築を組織的に強化していく上では、看護師と理学療法士のそれぞれの持つフットケアにおける知識や技術を補い合うための教育支援も検討していくことが望まれる。

フットケアにおける理学療法士との連携において、看護師はフットケアにおける理学療法士が果たす役割をまずは理解し、“つなぐ”ための連携意識と看護実践能力を高めていくことが求められる。

研究の限界

本研究の限界について述べる。まず、対象者が少ないことから、結果を一般化する上で限界がある。さらに、本研究では医療機関の糖尿病専門医の有無やフットケア介入頻度、フットケア外来における組織体制や看護師1人あたりの実施人数、病床規模の理学療法士の人数やフットケア外来に

関わる理学療法士の有無などについての検討はしていない。連携評価尺度については、一定の信頼性は担保されたと考えるが、十分な被験者の回答を集めた上での確認がなされたとは言えない。その意味で妥当性については留意が必要である。今後は対象者を増やすとともに、病院内のフットケアに関わる体制についても掘り下げて検討していく必要がある。

結 語

本研究は、フットケア外来に携わる看護師を対象に、理学療法士との連携意識と協働に関する実態調査を行った。その結果、連携評価尺度による得点では、全体的に連携活動が低い実情が明らかとなった。また、連携評価尺度合計得点には個人差があり、認定看護師の有無による有意差は1項目であり、フットケアという専門性が発揮できる技術であるが故の、連携の難しさといった可能性が垣間見られた。理学療法士との連携については、9割以上が必要と感じている一方、難しいと感じている者も約3割に上った。その要因として、情報共有を行う機会や、チーム連携のためのシステムが十分に機能していないことが考えられた。糖尿病患者の足病変は複雑で多様化していることから、より多職種による介入や知恵の集合が必要となってくる。そのため、連携を推進していく上で、看護師はシステムや医療体制の有無にかかわらず、日頃からフットケア実践について関連職種である理学療法士と話し合うことを意識し、連携を推進する「つなぐ」ための能力の向上が望まれる。

利益相反

利益相反なし。

引用文献

- 1) 日本糖尿病対策推進会議：日本における糖尿病患者の足外観異常および糖尿病神経障害の実態に関する報告，[オンライン，<http://dl.med.or.jp/dl-med/tounyoubyou/diabetes080312.pdf>]，日本糖尿病対策推進会議，1. 14. 2020
- 2) 糖尿病リソースガイド：糖尿病による足切断を防ぐために 病診連携の足病専門施設が誕生，[オンライン，<http://dm-rg.net/news/2013/04/013745.html>]，糖尿病リソースガイド，5. 20. 2020
- 3) McPoil TG, Yamada W, Smith W, et al. : The

distribution of plantar pressures in American Indians with diabetes mellitus. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 91(6) : 280-287, 2001

- 4) Goldsmith JR, Lidtke RH, Shott S. : The effects of range-of-motion therapy on the plantar pressures of patients with diabetes mellitus, *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 92(9), 483-490, 2002
- 5) 瀬戸奈津子, 和田幹子 : わが国のフットケアの現状と課題 - 社団法人日本糖尿病学会認定教育施設の実態調査より -, *糖尿病*, 51(4), 347-356, 2008
- 6) 藤井純子, 安西慶三 : 看護師が行う糖尿病内科外来の役割, *WOC Nursing*, 4(7), 18-26, 2016
- 7) 川崎東太, 上村哲司 : 理学療法士が担う役割, *WOC Nursing*, 4(7), 88-95, 2016
- 8) 厚生労働省 : 安心と希望の医療確保ビジョン, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0618-8a.pdf>], 厚生労働省, 4. 20. 2020
- 9) Leutz WN : Five Laws for integrating medical and social services : Lessons from the United States and the United Kingdom, *The Milbank quarterly*, 77(1), 77-110, 1999
- 10) 藤井博之, 齊藤雅茂 : 医療機関における多職種連携の状況を評価する尺度の開発, *厚生の指標*, 65(8), 22-28, 2018
- 11) 吉池毅志, 栄セツコ : 保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理 - 精神保健福祉実践における「連携」に着目して, *桃山学院大学総合研究所紀要*, 34(3), 109-122, 2009
- 12) 厚生労働省 : チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf7-att/2r9852000001ehgo.pdf>], 厚生労働省, 6. 1. 2019
- 13) 林久恵, 河辺信秀, 河野健一, 他 : 下肢慢性創傷の診療にかかわる理学療法士の実態調査, *日本下肢救済・足病学会誌*, 10(3), 179-185, 2018
- 14) 中村洋 : 多職種間連携における2つの阻害要因と4つの促進要因, *医療と社会*, 24(3), 211-212, 2014
- 15) 日本糖尿病学会 : 糖尿病足病変, 日本糖尿病学会編 : 糖尿病診療ガイドライン2019. 南江堂,

- 183, 東京, 2019
- 16) 富田益臣, 壁谷悠介, 沖杉真理, 他: 糖尿病足潰瘍患者の下肢切断リスクの検討, 糖尿病 56(7), 436-440, 2013
- 17) 佐々木栄子: リハビリテーション(社会復帰)を支援する看護師・理学療法士双方の思考プロセスの比較 チーム医療を効果的・効率的に推進する視点から, 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 21, 42-47, 2009
- 18) 伊波早苗: ナースが行うフットケアのポイント. チームでフットケアを行うとき, 各職種の役割は何?, 糖尿病ケア, 10(3), 255-257, 2013
- 19) 公益社団法人日本看護協会: 資格認定制度 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者, [オンライン, <https://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>], 公益社団法人日本看護協会, 10. 11. 2020
- 20) 櫃本真聿: 「健康日本21」を地域で生かすために; 地方からの発信(特集 健康日本21-その方法論), 公衆衛生研究, 50(4), 220-227, 2001
- 21) 任和子: 糖尿病重症化予防における看護の役割, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 17(1), 27-33, 2013
- 22) 数間恵子: 糖尿病診療・看護の実践における「糖尿病合併症管理料」評価と今後の課題, 月刊糖尿病, 1(7), 86-93, 2009
- 23) 石橋理津子: 多地域をつなぐ活動-各地域の実践家の交流-について~院内から地域へ拡大するチームビルディング・マネジメント~, 日本フットケア学会雑誌, 16(2), 51-55, 2018
- 24) 濱野初恵, 伊東克晃, 中曾根泰人, 他: フットケアにおけるチーム医療を促進するための認定看護師が果たす役割-透析患者に対する理学療法士との介入を通して-, 日本フットケア学会雑誌, 17(3), 145-149, 2019
- 25) 一般法人社団法人日本糖尿病教育・看護学会: 糖尿病重症化予防(フットケア)研修プログラム(Ver.5), [オンライン, https://jaden1996.com/committee/pdf/footcare_20190720.pdf], 一般社団法人日本糖尿病教育・看護学会, 1. 14. 2020
- 26) 新城孝道: 糖尿病足病変とフットケア, 日本義肢装具学会誌, 27(3), 142-146, 2011

実践報告

救急外来で働く応援看護師の 救急適応状況の実態調査

A survey of the actual situation of relief nurses workplace
adaptation of emergency room

今西 功一, 東脇 秀樹, 吉田 竜, 乾 早苗

Koichi Imanishi, Hideki Higashiwaki, Ryu Yoshida, Sanae Inui

金沢大学附属病院救急部

Section of Emergency Medicine, Kanazawa University Hospital

キーワード

救急, 応援, 応援看護師, 職場適応, 救急適応

Key words

emergency room, relief, relief nurse, workplace adaptation, workplace adaptation of emergency room

はじめに

A病院救急外来は365日24時間体制で救急医療を行っており、年間1,500件前後の救急車を受け入れ、約5,000名のウォークイン患者の診療を行っている三次救急医療機関であり、ER (Emergency Room) 型救急外来である。そのため、軽症から重症にわたる患者や救急車を受け入れ、意識障害・呼吸不全・循環不全・交通外傷・脳血管障害・薬物中毒などの多種多様な救急患者に対応している。

全国的な看護必要度の導入によって、看護人員を適正に配置することが課題となり、応援看護体制の必要性が求められており、A病院救急外来では約10年前から救急外来専属看護師は応援看護師と共に働いている。救急外来専属看護師とは救急外来に所属し救急外来業務を専任として行ってお

り、救急看護師として平均8年以上、看護師としても15年以上の経験を持っている。また、応援看護師とは手術部や外来、放射線部といった救急領域とは関わりのない部署から、新人を除いた様々な経験年数や背景を持った看護師が、月に1回から3回程度、毎日日替わりで夜勤や遅出勤務の応援看護師として勤務している。そのため救急外来では、独自の救急外来業務マニュアルを作成し、応援看護師に配布、勤務開始前にオリエンテーションを実施している。

救急看護師に求められる能力は、「高度な看護判断力」や「迅速かつ確実な救急看護技術」が第一にあげられている¹⁾。また、看護基本技術を確実に身に付けておくこと²⁾、患者の安全・安楽が保証されるような確かな技術で援助していくこと³⁾

連絡先：今西 功一

金沢大学附属病院救急部

〒920-8641 石川県金沢市宝町13-1

に加え、近年の医療の高度化と専門化・細分化から、救急外来ではあらゆる知識を有する救急看護師が必要となっており、応援看護師にも同様の知識や技術が求められると考えられる。

このように、応援看護師に求められる能力は高いことから、森本は「慣れない科への応援看護は勝手の違いや戸惑いを感じており、状況に応じて動くことが出来ない中で業務をしなければならない責任の重さなど、様々なストレスを感じていた」⁴⁾と応援看護師が受けるストレスについて述べている。また辻井は「Neonatal Intensive Care Unit (以下、NICU) では専門性の高い高度な医療・看護を必要とされるという特殊性から看護師の多くは不安を感じていた」⁵⁾と知識や経験の少ない看護や処置などに不安を抱えていると述べている。そのため、救急外来では前述したように高度な技術、知識などが求められる部署であり、NICU等と同様に応援看護師はストレスや不安を感じやすい状況にあると考えられる。そのようなストレスや不安は職場適応と密接に関係があると考えられており、職場に適応出来ず離職の要因にもなっている⁶⁾。そのような中、少しでも労働環境を整備し具体的な支援策を検討していく必要があると考えた。

先行研究では、救急外来で働く応援看護師を焦点にした研究は少なく、今後も質の高い看護を提供していくためには、応援看護師の救急外来での職場への適応状況を把握する必要がある。

そこで研究目的は、救急外来で働く応援看護師の職場適応状況を調査し、経験年数や応援勤務回数などに関わる要因を明らかにすることである。それによって本研究が、職場環境が整う土台となり、応援看護師がこれまで以上に看護力を発揮することに繋がるものと考えた。

用語の定義

職場適応：藤本ら⁷⁾の看護師の職場適応度尺度から職場適応に影響する概念を参考にして、看護師が上司との関係、業務の自律、職場の雰囲気、職場環境に適応すること。

応援看護師：手術部、外来、光学診療部、放射線部に所属し、土日祝休日の日勤、遅出と夜勤を救急看護師の一員として救急外来で働く看護師。

研究方法

救急領域における職場適応度を測る質問紙の作成のための予備調査を実施し、因子分析により救急適応度尺度を作成、その後、救急適応度尺度を

用いて本調査を実施した。

1. 予備調査

1) 調査対象者

現在は他部署勤務ではあるが、平成28年度以前に救急外来配属経験のある看護師、もしくは救急外来に応援勤務経験のある看護師60名

2) 救急領域における職場適応度を測る質問紙の作成

質問項目は、藤本ら⁷⁾の看護師の職場適応度尺度、また救急外来における特徴を加えるため、高橋ら⁸⁾の救急看護師に必要なフィジカルアセスメントや家族対応などの能力や、教育や指導といった役割など救急看護の専門性に関すること、筒井ら⁹⁾の救急看護師の仕事意欲には、スタッフとの人間環境が影響しているという考えより人間関係に関すること、枝ら¹⁰⁾の救急看護師のストレスは看護職としての役割や救急領域の特殊な仕事に関係しているということから救急看護師としての仕事への向き合い方に関することなどを加え、救急領域における職場適応に対する自記式質問紙93項目の原案を作成した。その後、予備調査対象者に自記式質問紙93項目を用いて予備調査を行った。その結果、主因子法、プロマックス回転を実施し、固有値1以上、因子負荷量0.37以上を項目決定基準とし、40項目の質問項目を抽出した。またCronbach's α 係数を算出した結果、40項目中27項目5因子に内的整合性を確認した。これを救急領域における職場適応度を測る質問紙（以下、救急適応度尺度とする）とした。なお各因子のCronbach's α 係数は0.92-0.64であった。また5因子について『自律した救急対応』、『救急看護に対する姿勢』、『スタッフとの連携』、『救急現場の雰囲気』、『救急を取り巻く環境』と命名した(表1)。

2. 本調査

1) 研究デザイン

本研究は、実態調査研究である。

2) 調査期間

調査期間は平成29年8月8日から平成29年8月21日であった。

3) 研究参加者

平成29年度、応援看護師として救急外来で勤務する常勤看護師65名であった。

4) 調査方法

調査対象者に対象者が所属する部署の看護師長より質問紙を配布し、2週間の留め置き法とした。

5) 調査項目

個人の属性（年代、看護師経験年数、一年間の

表1 救急適応度尺度の因子分析結果

項目	因子名					
	自律した救急対応	救急看護に対する姿勢	スタッフとの連携	救急現場の雰囲気	救急を取り巻く環境	
自律した救急対応 Cronbach's α 係数0.927						
Q2	ウォークイン患者のトリアージには自信がある	0.936	-0.112	-0.173	0.267	0.009
Q9	どのような患者でもひとりで対応できる自信がある	0.933	-0.081	-0.068	-0.110	0.091
Q1	救急車の対応には自信がある	0.927	0.020	-0.133	0.114	-0.011
Q5	救急患者家族への家族看護に自信がある	0.722	0.032	0.098	-0.024	-0.077
Q10	小児救急患者への小児看護に自信がある	0.719	0.197	-0.233	-0.230	0.149
Q8	重症患者をアセスメントし、対応できる	0.632	0.110	0.224	-0.277	-0.023
Q3	電話は自分で対処できる	0.621	0.176	0.044	0.080	-0.180
Q6	他職種や救急救命士と連携できる	0.578	-0.129	0.229	0.119	-0.041
Q18	積極的に医師と意見交換できる	0.546	0.030	0.120	0.198	-0.207
Q7	患者の緊急度と重症度がわかる	0.475	-0.007	0.383	-0.235	-0.027
救急看護に対する姿勢 Cronbach's α 係数0.920						
Q23	誇りを持って救急の場で働いている	0.074	0.870	-0.002	-0.059	0.095
Q27	常に救急看護に対し、自己研鑽できている	-0.205	0.832	0.132	-0.122	-0.158
Q22	救急部では安心して働くことができる	0.141	0.728	-0.101	0.087	0.120
Q26	救急部では自分の存在意義を感じる	0.174	0.726	-0.088	-0.007	0.130
Q25	救急部で勤務することは楽しい	0.103	0.719	-0.042	0.186	0.004
Q19	教育・指導の一つ一つが効果的である	-0.100	0.683	0.135	0.180	0.067
Q24	救急看護に魅力を感じる	0.013	0.666	0.031	0.149	0.014
スタッフとの連携 Cronbach's α 係数0.868						
Q12	各科医師と連携し、仕事することができる	0.133	0.138	0.770	0.009	0.126
Q13	救急部医師と連携し、仕事することができる	0.099	0.033	0.743	0.192	-0.067
Q11	リーダーナースと連携をとることができる	0.059	-0.229	0.714	0.222	0.404
Q15	他部署の応援看護師と連携し、仕事することができる	-0.221	0.134	0.701	-0.055	0.109
Q4	優先順位を考えながら行動できる	0.301	-0.146	0.576	-0.243	0.070
Q14	医師に患者の状態変化を的確に報告できる	0.220	0.073	0.536	0.038	-0.275
救急現場の雰囲気 Cronbach's α 係数0.788						
Q16	看護師同士相談しやすい雰囲気がある	0.109	0.162	0.094	0.677	0.223
Q17	困っているときにリーダーナースが助けてくれる	-0.196	0.448	0.001	0.529	0.034
救急を取り巻く環境 Cronbach's α 係数0.643						
Q21	問診表があることで、トリアージがスムーズに行える	-0.019	0.200	0.203	0.175	0.589
Q20	救急部では効果的な学習会が開催されている	-0.151	0.173	0.082	0.115	0.519

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
a. 7回の反復で回転が収束した。 Cronbach's α 係数0.651

救急外来への応援勤務回数、急性期領域配属経験の有無)と救急適応度尺度5因子27項目を調査した。

6) 質問紙の評価基準

質問紙は「よく当てはまる」「当てはまる」「どちらでもない」「当てはまらない」「全く当てはまらない」の5段階リッカート法で、それぞれ5点から1点で得点化した。得点が高い程、救急適応度が高いことを示す。

7) データ分析方法

院内のクリニカルラダーの基準を参考に、看護師経験年数1-15年を新人・中堅群、16年以上を熟練群に分けた。また一年間の救急外来への応援勤務回数で中央値以上を応援勤務回数の多い群、中央値未満を少ない群に分けた。急性期領域配属経験の有無を配属経験のある群とない群に分けた。属性別の比較として看護師経験年数、一年間の救

急外来への応援回数、急性期領域への配属の有無で平均値±標準偏差を算出し、Mann-WhitneyのU検定で比較検討を行った。属性と5因子との間に、どのような関連があるのかを明らかにする為にSpearmanの順位相関係数を用いて、相関関係を確認した。統計的な有意水準は5%とした。すべてのデータ解析には、統計解析ソフトSPSS ver.24を使用した。

8) 倫理的配慮

質問紙に研究の目的、方法、研究参加の自由意思、匿名性と守秘義務の遵守、データの秘匿、データの保管方法及び破棄方法、回答にて同意が得られたものとする事、結果の公表方法を記した説明文書を添付し配布した。本研究は金沢大学医学倫理審査委員会で承認を得た(承認番号:2504)。

結 果

1. 対象者の属性

調査の結果、62名から回答があり(回収率95.3%)、そのうち有効回答は61名(有効回答率93.8%)であった。年代は20代が2名(3.3%)、30代が30名(49.1%)、40代が23名(37.7%)、50代が6名(9.9%)であった。看護師経験年数は1-5年が2名(3.3%)、6-10年が14名(23%)、11-15年が15名(24.6%)、16-20年が12名(19.6%)、21年以上が18名(29.5%)であった。一年間の救急外来への応援勤務回数は1-5回が11名(18.0%)、6-10回が12名(19.6%)、11-15回は23名(37.7%)、16-20回は6名(9.9%)、

表2 対象者の属性

属性	区分	人数	n=61
			全体 (%)
年齢	20代	2	3.3
	30代	30	49.1
	40代	23	37.7
	50代	6	9.9
看護師経験年数	1~5年	2	3.3
	6~10年	14	23.0
	11~15年	15	24.6
	16~20年	12	19.6
	21年以上	18	29.5
一年間の救急部への 応援回数	1~5回	11	18.0
	6~10回	12	19.6
	11~15回	23	37.7
	16~20回	6	9.9
	21回以上	9	14.8

21回以上は9名(14.8%)であった(表2)。

2. 救急適応度尺度5因子27項目の得点

5因子では、平均点の高い方から『救急現場の雰囲気』(4.05±0.59)、『救急を取り巻く環境』(3.56±0.60)、『スタッフとの連携』(3.48±0.64)、『救急看護に対する姿勢』(3.07±0.74)、『自律した救急対応』(2.84±0.68)であった。質問項目では、最も得点が高かった項目はQ17<困っているときにリーダーナースが助けてくれる>(4.20±0.61)で、最も得点が低かったものはQ10<小児救急患者への小児看護に自信がある>(1.80±0.79)であった(表3)。

3. 救急適応度尺度と看護師経験年数での比較

看護師経験年数は、新人・中堅群は31名、熟練群は30名であった。『救急現場の雰囲気』で、新人中堅群と熟練群では有意差があり、質問項目Q16<看護師同士相談しやすい雰囲気がある>、Q17<困っているときにリーダーナースが助けてくれる>の2項目で有意差を認めた(表3)。

4. 救急適応度尺度と一年間の救急外来への応援勤務回数での比較

応援勤務回数の中央値は11.0であり、多い群(11回以上)が38名、少ない群(10回以下)23名であった。『自律した救急対応』で、応援勤務回数の多い群と少ない群では有意差があり、質問項目Q2<ウォークイン患者のトリアージには自信がある>、Q9<どのような患者でも一人で対応できる自信がある>、Q1<救急車の対応には自信がある>、Q5<救急患者への家族看護に自信がある>、Q10<小児救急患者への小児看護に自信がある>、Q8<重症患者をアセスメントし、対応できる>、Q3<電話は自分で対処できる>の7項目で有意差を認めた。『救急看護に対する姿勢』で、多い群と少ない群では有意差があり、質問項目Q23<誇りを持って救急の場で働いている>、Q27<常に救急看護に対し、自己研鑽できている>、Q22<救急部では安心して働くことができる>、Q26<救急部では自分の存在意義を感じる>、Q25<救急部で勤務することは楽しい>、Q24<救急看護に魅力を感じる>の6項目で有意差を認めた(表3)。

5. 救急適応度尺度と急性期領域配属経験の有無での比較

急性期領域配属経験あり群は9名、経験なし群は52名であった。『救急を取り巻く環境』で、経験なし群と経験あり群では有意差があり、質問項目Q20<救急部では効果的な学習会が開催されて

表3 救急適応度尺度5因子27項目の得点と属性別に見た各質問項目の得点

	平均値±SD	看護師経験年数		一年間の応援回数		急性期領域配属の有無	
		n=61	新人・中堅 n=31	熟練 n=30	10回以下 n=23	11回以上 n=38	経験あり n=9
自律した救急対応	2.84±0.68	2.78±0.63	2.90±0.74	2.47±0.61	3.06±0.62*	3.09±0.62	2.80±0.69
Q2 ウォークイン患者のトリアージには自信がある	2.43±0.82	2.42±0.72	2.43±0.93	2.09±0.73	2.63±0.81*	2.56±1.13	2.40±0.77
Q9 どのような患者でも一人で対応できる自信がある	2.03±0.87	1.84±0.82	2.23±0.89	1.52±0.66	2.34±0.84*	2.56±0.72	1.94±0.87
Q1 救急車の対応には自信がある	2.08±0.80	2.10±0.79	2.07±0.82	1.65±0.77	2.34±0.70*	2.22±0.83	2.06±0.80
Q5 救急患者への家族看護に自信がある	2.49±0.86	2.32±0.79	2.67±0.92	1.96±0.70	2.82±0.80*	3.00±1.00	2.40±0.82
Q10 小児救急患者への小児看護に自信がある	1.80±0.79	1.68±0.65	1.93±0.90	1.39±0.49	2.05±0.83*	1.78±0.44	1.81±0.84
Q8 重症患者をアセスメントし、対応できる	2.57±0.82	2.45±0.81	2.70±0.83	2.26±0.86	2.76±0.75*	3.00±0.50	2.50±0.85
Q3 電話は自分で対処できる	2.67±0.90	2.58±0.88	2.77±0.93	2.17±0.71	2.97±0.88*	2.56±1.01	2.69±0.89
Q6 他職種や救急救命士と連携できる	2.77±0.95	2.90±0.97	2.63±0.92	2.61±1.07	2.87±0.87	3.11±0.78	2.71±0.97
Q18 積極的に医師と意見交換できる	2.95±0.71	2.97±0.70	2.93±0.74	2.83±0.77	3.03±0.67	3.22±0.66	2.90±0.72
Q7 患者の緊急度と重症度がわかる	2.95±0.82	2.84±0.78	3.07±0.86	2.70±0.87	3.11±0.76	3.44±0.52	2.86±0.84
救急看護に対する姿勢	3.07±0.74	3.20±0.75	2.95±0.72	2.63±0.72	3.35±0.62*	2.82±0.94	3.12±0.70
Q23 誇りを持って救急の場で働いている	3.11±0.91	3.23±0.95	3.00±0.87	2.61±0.89	3.42±0.79*	2.78±0.97	3.17±0.90
Q27 常に救急看護に対し、自己研鑽できている	2.87±0.88	3.00±0.81	2.73±0.94	2.52±0.84	3.08±0.85*	2.56±0.72	2.92±0.90
Q22 救急部では安心して働くことができる	3.16±1.01	3.35±1.05	2.97±0.96	2.52±0.94	3.55±0.86*	2.78±1.39	3.23±0.94
Q26 救急部では自分の存在意義を感じる	2.67±0.88	2.77±0.84	2.57±0.93	2.17±0.71	2.97±0.85*	2.44±0.88	2.71±0.89
Q25 救急部で勤務することは楽しい	3.02±0.95	3.16±0.96	2.87±0.93	2.52±0.84	3.32±0.90*	3.00±1.41	3.02±0.87
Q19 教育・指導の一つ一つが効果的である	3.49±0.74	3.61±0.76	3.37±0.71	3.26±0.81	3.63±0.67	3.00±1.00	3.58±0.66
Q24 救急看護に魅力を感じる	3.33±0.88	3.48±0.92	3.17±0.84	2.82±0.93	3.63±0.71*	3.22±1.20	3.35±0.83
スタッフとの連携	3.48±0.64	3.39±0.78	3.60±0.59	3.25±0.62	3.64±0.61	3.50±0.78	3.49±0.62
Q12 各科医師と連携し、仕事することができる	3.46±0.82	3.32±0.87	3.60±0.77	3.09±0.94	3.68±0.66	3.33±1.11	3.48±0.78
Q13 救急部医師と連携し、仕事することができる	3.43±0.80	3.45±0.76	3.43±0.85	3.22±0.85	3.58±0.75	3.33±1.11	3.46±0.75
Q11 リーダーナースと連携することができる	3.74±0.94	3.71±1.00	3.77±0.89	3.65±0.88	3.79±0.99	3.67±1.11	3.75±0.92
Q15 他部署の応援看護師と連携し、仕事することができる	3.62±0.73	3.35±0.79	3.90±0.54	3.39±0.72	3.76±0.71	3.67±0.70	3.62±0.74
Q4 優先順位を考えながら行動できる	3.33±0.81	3.13±0.88	3.53±0.68	3.09±0.84	3.47±0.76	3.56±0.72	3.29±0.82
Q14 医師に患者の状態変化を的確に報告できる	3.31±0.82	3.26±0.81	3.37±0.85	3.09±0.84	3.45±0.79	3.44±0.88	3.29±0.82
救急現場の雰囲気	4.05±0.59	4.26±0.54*	3.85±0.58	3.95±0.62	4.12±0.58	3.72±0.90	4.11±0.52
Q16 看護師同士相談しやすい雰囲気がある	3.92±0.71	4.16±0.58*	3.67±0.75	3.78±0.85	4.00±0.61	3.56±1.13	3.98±0.61
Q17 困っているときにリーダーナースが助けてくれる	4.20±0.61	4.35±0.60*	4.03±0.55	4.13±0.54	4.24±0.63	3.89±0.78	4.25±0.55
救急を取り巻く環境	3.56±0.60	3.59±0.67	3.53±0.52	3.43±0.52	3.64±0.63	3.22±0.44	3.62±0.61*
Q21 問診表があることで、トリアージがスムーズに行える	3.48±0.78	3.52±0.89	3.43±0.67	3.26±0.81	3.61±0.75	3.22±0.66	3.52±0.80
Q20 救急部では効果的な学習会が開催されている	3.66±0.60	3.68±0.65	3.63±0.55	3.61±0.58	3.68±0.62	3.22±0.44	3.73±0.59*

Mann-WhitneyのU検定 *P<0.05

いる>で有意差を認めた(表3)。

6. 看護師経験年数、一年間の救急外来への応援勤務回数、急性期領域配属経験の有無と5因子(『自律した救急対応』『救急看護に対する姿勢』『スタッフとの連携』『救急現場の雰囲気』『救急を取り巻く環境』)との相関関係

看護師経験年数は『救急現場の雰囲気』と弱い負の相関($rs = -0.363$)を示した。

また一年間の救急外来への応援勤務回数は『自律した救急対応』($rs = 0.439$)、『救急看護に対する姿勢』($rs = 0.450$)でそれぞれ正の相関を示した。

考 察

1. 救急適応度尺度5因子27項目の得点について
応援看護師は、5因子のうち『自律した救急対応』の平均点が最も低く、特にQ1<救急車の対応に自信がある>、Q9<どのような患者でも一人で対応できる自信がある>の得点が低かった。これは、救急業務における患者対応全般で自信のある応援看護師が少ないことが考えられた。宮前¹¹⁾はリリーフへ行く看護師にとって、なれない業務はストレスであると述べている。患者がウォークインではなく、救急車で来院するというだけで、ストレスを感じたり、患者を常に一人でみることはないにしても、軽症から重症まで一人で対応することが困難であるという現状が考えられる。またQ10<小児救急患者への小児看護に自信がある>は全体の質問項目の中で最も平均点が低かった。小児は身体生理的に特殊であることや、患児のみならず家族、特に母親との関りを求められることも多く、家族対応も含め小児看護に自信がないことが考えられた。辻井⁵⁾は経験しない特有の処置に対しては不安度が高いと述べている。看護師経験年数の熟練群に属する看護師であっても、救急現場で業務を自律して行うことが難しく、さらに小児看護においてはバイタルサインの違いや処置や検査の特殊性が要因となって、自律を妨げていると考える。今後職場に適応していくためには、看護師経験年数、一年間の救急外来への応援回数、急性期領域配属経験などに関わらず、特殊な処置や経験が求められる救急現場で、小児看護を含めたすべての患者に対応でき、自律して業務を行うことができるようにサポートしていく必要があるのではないかと考えた。

2. 看護師経験年数から見た救急適応度尺度

看護師経験年数では、『救急現場の雰囲気』の項目で有意差を認めた。それは、新人・中堅群は

Q16<看護師同士相談しやすい雰囲気がある>、Q17<困っているときにリーダーナースが助けてくれる>の項目であった。このことは、応援看護師が職場に適応するための関わりとして、救急外来専属看護師は、慣れない環境下で働く応援看護師が働きやすい環境を整えるため、リーダーナースとして常に声かけを意識し、わからないことや困っていることなどを相談しやすい雰囲気を作ることができているためと考える。

しかし、看護師経験年数は『救急現場の雰囲気』と負の相関関係にあることから、熟練群にあたる経験年数のある応援看護師は、相談しやすい雰囲気を感じておらず、助けてもらっていないと感じているのではないかと考えた。小山田¹²⁾は中堅看護師の特徴として新人よりも高い実践力を有するが、その発達度合いには個人差が大きいこと、中堅看護師の能力を医療の質向上に繋げるためには中堅看護師が参加しやすい学習会などの機会の整備が重要であると述べている。今回の参加者である救急外来で働く応援看護師は、知識や経験に個人差があり、技術や処置に得手不得手があると考えられる。そのため、熟練看護師に対しても新人・中堅看護師と同様に、相談しやすい雰囲気を作るなど個別に関わり、指導することや継続的に支援する必要性があるのではないかと考えた。

3. 一年間の応援回数から見た救急適応度尺度
一年間の応援回数では『自律した救急対応』の項目で有意差を認めた。中でもQ2<ウォークイン患者のトリアージには自信がある>、Q9<どのような患者でも一人で対応できる自信がある>、Q1<救急車の対応には自信がある>、Q5<救急患者への家族看護に自信がある>、Q10<小児救急患者への小児看護に自信がある>、Q8<重症患者をアセスメントし、対応できる>、Q3<電話は自分で対処できる>の項目であった。これらの項目は、患者対応全般や家族への対応といった患者への看護に加え、救急車受け入れに関する消防からの電話対応や患者からの身体的な症状に関する問い合わせ、また受診に関する相談、さらに精神科疾患を抱えた患者からの電話など救急特有の技術や知識が必要なものもあった。応援回数が多いことは、経験できる業務も多いことが考えられるため、救急現場に必要な知識や技術を修得した状態で患者対応できるため、職場に適応できる要素の一つであると考えられる。

また、中村¹³⁾は経験豊かな中堅看護師でもその部署特有の技術の修得には難渋すると述べており、

看護師経験年数に関わりなく、応援業務を積み重ねることが、知識や技術の維持、向上につながると考えた。このことから、応援回数の少ない看護師は技術の修得が困難となる可能性があり、応援回数や経験している救急業務の内容に応じた必要な技術や知識を修得できるようにサポートしていくことが、今後の課題ではないかと考えた。

次に一年間の応援回数では『救急看護に対する姿勢』の項目で有意差を認めた。中でもQ23<誇りを持って救急の場で働いている>、Q27<常に救急看護に対し、自己研鑽できている>、Q22<救急部では安心して働くことができる>、Q26<救急部では自分の存在意義を感じる>、Q25<救急部で勤務することは楽しい>、Q24<救急看護に魅力を感じる>の項目であった。このように、救急現場で働く機会の多い応援看護師は、患者と接することも多く、患者と触れ合うことで救急看護の楽しさや魅力を発見し、より救急看護について考えることが多いため、救急勤務を前向きな姿勢で取り組むことが出来るのではないかと考えた。

今後、応援回数の少ない看護師には、オリエンテーションの充実や学習会の開催などを考え、再教育を行っていく必要があると考える。また応援回数は一年間の総回数であり、救急外来での応援勤務の期間が集中していたか平均的に応援勤務していたかまでは考慮されていない。今後、応援回数を多角的に分析、評価していくことで、新たな課題を見出していきたい。

4. 急性期領域配属の有無から見た救急適応度尺度

急性期領域配属経験のない応援看護師は『救急を取り巻く環境』の項目で有意に高かった。中でもQ20<救急部では効果的な学習会が開催されている>の項目であった。現在救急外来では、応援看護師を対象に救急車受け入れに対するシミュレーションや災害机上訓練、多重課題などの教育に力を入れており、そのような学習会は応援看護師にとって重要な学習の機会であると考えられる。千明ら¹⁴⁾は、救急領域では早くからシミュレーション教育が重要視されており、その効果には個人差が比較的少なく、経験を積むことによって技術の獲得や練り上げが可能であると述べている。少しでも職場に適應するために、今後も看護実践能力向上のため、シミュレーション教育を含めた学習支援を継続していく必要があると考えた。

5. 本研究の限界

本研究は一施設のみの調査であること、研究対

象者数が少ないことから、一般化するには限界がある。しかしながら、サポート体制構築に向けた基礎的な研究資料として有効であると考えられ、今回の結果に基づき、今後具体的な支援の方法について検討していきたい。

結 論

1. 応援看護師は救急適応度尺度5因子27項目のうち『自律した救急対応』の得点が最も低く、特に<小児救急患者の小児看護に自信がある>の得点が低かった。

2. 看護師経験年数が16年以上の看護師は『救急現場の雰囲気』で有意に得点が低く、看護師経験年数の高い応援看護師に対して、相談しやすい雰囲気を作るなど個別に関わり支援する必要がある。

3. 一年間の救急外来への応援勤務回数が多い看護師は『自律した救急対応』と『救急看護に対する姿勢』で有意に得点が高く、一年間の救急外来への応援勤務回数が多いほど、救急に適應できる傾向が明らかになった。

4. 急性期領域配属経験の経験ない看護師は『救急を取り巻く環境』で有意に得点が高く、救急に適應するためには、学習支援を継続していく必要がある。

利益相反

利益相反なし。

文 献

- 1) 山勢博彰, 山勢善江, 菅原美樹, 他: 系統看護学講座 別巻 救急看護学, (第5版), 東京, 医学書院, 142-144, 2013
- 2) 市川幾恵: 組織コミットメントの向上につながるリリース体制, 看護展望, 31(9), 986-990, 2006
- 3) 白石浩子: 救急現場における倫理的ジレンマ, エマージェンシーナーシング, 14(9), 795-799, 2001
- 4) 森本清子, 山本香代, 山脇めぐみ, 他: 外来看護師のリリース体制でのストレスと対処, 日本看護学会論文集看護管理, (40), 36-38, 2010
- 5) 辻井恵子, 関根由美子, 宗方真利子: 小児病棟看護師のNICU夜間応援業務に対する不安の実態, 日本看護学会論文集小児看護, (44), 126-129, 2014

- 6) 宇田賀津, 森岡郁晴: 救命救急センターに勤務する看護師の心理的ストレス反応に関連する要因, 産業衛生学雑誌, 53(1), 1-9, 2011
- 7) 藤本ひとみ, 高間静子: 看護師の職場適応度尺度の再検討, 富山大学看護学会誌, 13(1), 25-33, 2013
- 8) 高橋章子, 館山光子, 長谷川陽子, 他: 救急看護師の役割と必要な能力に関する研究, 北海道医療大学看護福祉学部紀要, (10), 111-120, 2003
- 9) 筒井亜希, 本田泰子, 井上朋美, 他: 救命救急センター看護師における成功体験と看護意欲との関連, 富山県立中央病院医学雑誌, 35(3-4), 87-91, 2012
- 10) 枝さゆり, 辰巳有紀子, 野村美紀: 救急看護師のSense of Coherenceとストレスのバーンアウトとの関連, 日本救急看護学会雑誌, 8(2), 32-42, 2007
- 11) 宮前みどり, 高村美穂, 斎藤めぐみ: リリーフ体制に対する特定集中治療室看護師の認識とその影響要因, 日本看護学会論文集看護管理, 183-186, 2013
- 12) 小山田恭子: 我が国の中堅看護師の特徴と能力開発手法に関する文献検討, 日本看護管理学会誌, 13(2), 73-80, 2009
- 13) 中村由子: 配置転換による中堅看護師の「一皮むけた経験」, 日本看護研究学会雑誌, 33(1), 81-92, 2010
- 14) 千明政好, 片貝知恵, 原田竜二, 他: 救急看護師が認識する臨床で重要性が高まっている技術・能力に関する調査, 日本救急看護学会雑誌, 15(2), 23-30, 2013

学会記事

1. 総会記事

日 時 令和2年9月19日（土）

場 所 書面による会議

議 長 太田裕子

1. 開会

2. 理事長挨拶

3. 報告事項

1) 第1号議案：令和元年度理事会・編集委員会・事務局会議報告

(1) 理事会4回開催

(2) 編集委員会2回開催

学会誌の発行

第32巻1号：研究報告1編、実践報告1編、学会記事

第32巻2号：会長講演1編、特別講演1編、原著3編、研究報告1編、実践報告1編、
学術集会のまとめ、学会記事

(3) 事務局会議4回開催

2) 第2号議案：令和元年度看護実践学会事業まとめ報告

(1) 会員募集・登録・名簿管理

令和元年度会員数 566名（継続者464名、新規入会者102名）（令和2年2月28日現在）

平成30年度退会者 225名

(2) 第13回学術集会の開催

日時：令和元年9月8日（日）

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）

内容：会長講演、特別講演、一般演題発表（38題）と講評、シンポジウム、交流集会I・II、
ランチョンセミナー①・②

(3) 会員向け研修会の開催

①研究スキルアップ研修会

・「Excelの基本的な使用方法－表計算とt検定－」

講師：金沢大学医薬保健研究域保健学系 岡本理恵

日時：令和元年6月29日（土）13時30分～15時30分

場所：金沢大学医薬保健研究域保健学系

参加者：36名

・「看護研究に活かせる文献の探し方、集め方」

講師：金沢大学情報部情報サービス課 医学図書館係 伊藤美和

日時：令和元年7月27日（土）13時30分～15時30分

場所：金沢大学医薬保健研究域保健学系

参加者：21名

・「看護実践応援企画 実践報告にトライしよう」

講師：金沢大学医薬保健研究域保健学系 須釜淳子

期間：8月～3月 8回シリーズ

場所：金沢大学医薬保健研究域保健学系

参加者：11名

②実践スキルアップ研修会

・わが病院看護自慢

「地域と病院をつなぐ認知症ケア～地域に出向く認知症看護認定看護師」

担当：公立つるぎ病院 橋本陽子

日時：令和元年11月21日（木）

場所：公立つるぎ病院ほか

参加者：15名

(4) 研究支援

「プロジェクト研究～学会とともに新たに取り組む実態調査：認知症とACP」

応募なし

(5) 会誌発行 看護実践学会誌 第32巻1号、第32巻2号

(6) ホームページの更新

これら報告事項（第1・2号議案）について質問等はなかった。

4. 提案事項

1) 第3号議案：令和元年度監査報告と収支決算

小川監事と池田監事連名の監査報告書（別紙）

2) 第4号議案：令和2年度役員（別紙）

新規理事長：須釜淳子

新規理事5名、新規監事1名

3) 第5号議案：令和2年度（2020年4月～2021年9月）事業計画

(1) 事業年度の変更

・COVID-19の影響、各事業の実施時期を考慮し、令和2年度（2020年度）から事業年度を変更する（4月1日～3月31日→10月1日～9月30日）

・令和2年度（2020年度）のみ、事業年度を18か月（2020年4月1日～2021年9月30日）とする

(2) 企画・運営会議

・理事会 6回（5月、7月、11月、2月、4月、7月）

(3) 会員募集・登録・名簿管理

・令和3年8月末に継続登録・新規登録の案内

(4) 第14回学術集会の開催

・テーマ：未定

・大会長：太田裕子（小松市民病院 看護部長）

・会期：令和3年予定（オンライン開催を予定）

(5) 総会

・2020年9月 書面による総会開催

・2021年9月 対面による総会開催

(6) 研修会

①研究スキルアップ研修会

・「研究に直接的に活用できる統計」について

テーマ：アンケートを用いた実態調査 ～やさしく使えるExcel統計の知識～

講師：金沢大学医薬保健研究域保健学系 未定

日時：令和3年6月頃予定

場所：金沢大学医薬保健研究域保健学系1218号室 or 4302コンピュータ演習室

・「文献検索」について

テーマ：看護研究に活かす文献検索

講師：金沢大学情報部情報企画課雑誌・電子情報係：伊藤美和（予定）

日時：令和3年7月頃予定

場所：金沢大学医薬保健研究域保健学系4302コンピュータ演習室

②実践スキルアップ研修会

・わが病院看護自慢 未定

- (7) 研究支援
 - ①プロジェクト研究
 - ②研究助成
- (8) 看護実践学会誌発行（第33巻1号・2号、第34巻1号）
- (9) ホームページの更新
- (10) 新規委員会の設置
 - ①会則検討委員会
学会の会則の適正な運用と整備を担当し学会の円滑な運営に資することを目的とする
 - ②看護実践学会40周年記念事業企画委員会
臨時委員会として、2022年に40周年事業の企画を担当する
- 4) 第6号議案：令和2年度（2020年4月～2021年9月）予算案
2020年4月1日～2021年9月30日つまり2020年度を1年半とする予算案

これら提案事項（第3・4・5・6号議案）について、質問等はなく、議決書ならびに委任状にて過半数以上の賛成があり、会則第9条7項に基づき承認された。

5. 閉会

2. 看護実践学会会計報告

2019年度 看護実践学会 決算報告書

【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	3,400,000	2,885,000	-515,000	
1) 年会費	3,310,000	2,840,000	-470,000	一般会員552名×5,000円 学生会員20名×4,000円
2) 研修会	90,000	45,000	-45,000	非会員参加費(15名×3,000円)
2. 寄付金	218,000	97,934	-120,066	広告掲載料, 協賛金
3. 雑収入	10,000	9,337	-663	銀行利息, 許諾抄録利用料金, 学会誌購入代金(2件)
4. 貸付返却	1,000,000	972,146	-27,854	第13回看護実践学会学術集会から
5. 繰越金	7,065,406	7,065,406	0	
合 計	11,693,406	11,029,823	-663,583	

【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	2,720,000	1,767,710	952,290	
1) 学会誌編集委員会	30,000	24,644	5,356	2回開催
1) 学会誌発行	2,000,000	1,302,675	697,325	2回発行, テープ起こし
2) 学術集会	300,000	300,000	0	第14回学術集会助成金
3) 研修会	100,000	50,000	50,000	1件
わが病院看護自慢	60,000	0	60,000	開催なし
看護実践力向上研修会	70,000	30,216	39,784	2件(講師謝金1名分, 飲料2名分)
看護研究力向上研修会	10,000	10,175	-175	JADEN審査費用, 研修会建物使用料
その他				
4) プロジェクト研究助成	150,000	50,000	100,000	「看護実践応援企画! 実践報告にトライしよう」支援金
2. 管理費用	1,380,000	1,055,199	324,801	
1) 人件費	100,000	13,000	87,000	名簿管理・会誌関係等アルバイト代
2) 会員管理外部委託費	550,000	552,723	-2,723	事務局運営サポート業務, HPおよびクラウド保守業務
3) 発送業務	250,000	178,549	71,451	会費案内発送業務
4) 会議費	180,000	140,698	39,302	4回開催, 学術集会総会
理事会議	40,000	40,635	-635	4回開催
5) 郵送・通信費	100,000	59,906	40,094	DM便, 切手, はがき代等
6) 印刷費	100,000	60,060	39,940	封筒, 払込取扱票印刷代
7) その他	60,000	9,628	50,372	消耗品, 各種手数料等
3. 貸付	1,000,000	1,000,000	0	第14回看護実践学会学術集会へ
合 計	5,100,000	3,822,909	1,277,091	
4. 予備費	6,593,406	0	6,593,406	
5. 次年度繰越金	0	7,206,914		
総 計	11,693,406	11,029,823	7,870,497	

2019年度決算報告

収入総計 11,029,823円

支出合計 3,822,909円

次年度繰越金 7,206,914円

2019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、2020年5月19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

小川 外志江 
池田 高三 

看護実践学会 令和2年度予算

2020年4月1日～2021年9月30日（2020年度を1年半とする）

【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	2,930,000	2,885,000	45,000	
1) 年会費	2,880,000	2,840,000	40,000	会員560名×5,000円，学生会員20名×4,000円
2) 研修会	50,000	45,000	5,000	非会員参加費
2. 寄付金	0	11,134	-11,134	
3. 広告掲載料	100,000	86,800	13,200	
4. 雑収入	10,000	9,337	663	医学中央雑誌刊行，銀行利息等
5. 貸付返却	1,000,000	972,146	27,854	第14回学術集会から
当期収入合計	4,040,000	3,964,417	75,583	
5. 繰越金	7,206,914	7,065,406	141,508	
収入合計	11,246,914	11,029,823	217,091	

【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	3,625,000	1,767,710	1,857,290	
1) 学会誌				
編集委員会	45,000	24,644	20,356	3回開催
発行	3,000,000	1,302,675	1,697,325	3回発行，テープ起こし
2) 学術集会				
助成金	300,000	300,000	0	第15回学術集会へ
3) 研修会				
わが病院看護自慢	50,000	50,000	0	1件
看護実践力向上研修会	50,000	0	50,000	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，会場費等）
看護研究力向上研修会	70,000	30,216	39,784	2件（講師謝金30,000円/1人，交通費，飲料，会場費等）
その他	10,000	10,175	-175	JADEN審査費用（5,000円）
4) プロジェクト研究助成	100,000	50,000	50,000	「学会とともに取り組む実態調査」支援金（50,000円/1テーマ）
2. 管理費用	1,420,000	1,055,199	364,801	
1) 人件費	50,000	13,000	37,000	編集関係等アルバイト代
2) 会員管理外部委託費	550,000	552,723	-2,723	HP保守業務，事務局運営サポート業務等
3) 送業務	250,000	178,549	71,451	会費案内発送業務
4) 会議費				
理事會	270,000	140,698	129,302	年6回，学術集会時開催
事務局會議	70,000	40,635	29,365	年6回
5) 郵送・通信費	100,000	59,906	40,094	DM便，2021年9月開催総会用はがき，切手代等
6) 印刷費	80,000	60,060	19,940	封筒・払込票印刷費
7) その他	50,000	9,628	40,372	消耗品，各種手数料等
3. 貸付	1,000,000	1,000,000	0	第15回学術集会へ
4. 予備費 1	1,000,000	0	1,000,000	第14回学術集会補填，40周年記念行事準備，2020年9月開催総会開催費用など
5. 予備費 2	4,201,914	7,206,914	-3,005,000	
当期支出合計	11,246,914	11,029,823	217,091	

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）

役員の選出は次のとおりとする。

1. 理事及び監事は、役員会で選出した施設の長とする。
2. 理事長は理事会の互選により選出する。
3. 幹事は理事長が推薦する。
4. 役員の任期は2年とし、再任を妨げない。
5. 役員は、総会で承認を得る。

第九条（会議）

1. 本会に理事会、総会、幹事会、事務局会議の会議を置く。
2. 理事会は理事長が招集し、その議長となる。理事会は毎年4回以上開催する。
3. 理事会は理事の過半数の出席をもって成立する。
4. 総会は委任状を含め会員の10分の1以上の出席がなければ開催することはできない。
5. 総会に出席できない会員は委任状をもって総会の出席とみなし、総会の議決権を行使したとする。
6. 総会の議長は学術集会会長があたる。
7. 理事会、総会の議決は出席者の過半数の賛同によって決定し、可否同数のときは議長の決するところによる。
8. 役員会は、理事長、理事、監事、幹事で構成され、理事推薦等を行う。
9. 幹事会、事務局会議は理事長あるいは幹事が随時召集する。

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。インターネット上で全文公開されている内容は、すでに発表されたものとみなし、査読の対象としない。従って、機関リポジトリで全文公開されている学位論文は受理しない。

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、投稿原稿表紙、オリジナル原稿と査読用原稿（査読用なので著者が特定できる部分、謝辞などを削除したもの）をメールで送付（添付）するか、あるいはオリジナル原稿と査読用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。メールで送付する場合は、ファイル開封時のパスワードを設定する。

2) 査読完了時、投稿原稿表紙、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）、投稿原稿表紙、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) 電子媒体および原稿を送付する場合は、封筒の表に「看護実践学会誌原稿」と朱書し、下記に対面受け取り可能な方法（書留、レターパックプラス、宅配便等）で送付する。

〒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

メールアドレス：ookuwa@mhs.mp.kanazawa-u.ac.jp

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名の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の大ききで約400字に相当

9. 利益相反

利益相反の有無については、文末に明記する。

10. 著者負担費用

- 1) 規定の文字数を越えた原稿には超過毎に超過料金を別途請求する。
- 2) 図・表はそのまま印刷できるものに限り無料とするが、製図を要する場合は実費請求する。
- 3) 写真のカラー印刷を希望する場合は実費請求する。
- 4) 掲載原稿については、印刷ファイル（pdf）の形で無料配布する。刷紙媒体で必要な著者は、別刷希望部数を有料とする。

11. 著作権

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

12. 原稿執筆の要領

- 1) 所定の投稿原稿表紙（ホームページまたは学会誌最終頁に綴じこまれている）に、希望する原稿の種類、表題、英文表題、5個以内のキーワード（英語とも）、著者名（英語とも）、所属（英語とも）、図、表および写真の数、要旨の文字数、編集委員会への連絡事項および著者と責任著者の連絡先の住所、氏名、電話番号などを付記する。（<http://www.kango-ji.com/journal/index.html>）
- 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、Microsoft Wordで作成する。原稿はA4判横書きを用いて、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、ダブルスペースで作成する。表・図または写真はExcel、Power Pointを用いてもよい。A4判用紙に1点ずつ配置する。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) 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、Aim、Methods、Results、Discussion、Conclusion、Referencesなどである。
小項目 1.、2. として上下を空けずに行の第2文字目に記す。続いて1)、2)として行の第2文字目に記す。以下、(1)、①のレベルで記載する。
- 8) 図のタイトルは最下段左端に、表のタイトルは最上段左端に、図1、表1、写1等の通し番号とそのあとに全角スペース分あけてからタイトル名をつける。
① 表はそれ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめ、本文中に表のすべての内容について論じる場合は、その表は不要である。

- ② 表の罫線は必要な横罫線のみにとどめ、縦罫線は原則使用しない。縦罫線の代わりにスペースを設ける。
- ③ 図表の説明文の記入位置は下部とする。

表1. 若年群と高齢群の誤差率

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

9) 文献記載の方法

文献は引用順に配列し、本文の末尾に一括記載する。本文中の文献引用箇所には著者名や引用文などの右肩に1)、1) 2)、1) 3) 6)、1-3)のように記す。参考文献は記載しない。著者が3名以上の場合は最初の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
- 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
- 1) 侘美好昭：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
- 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）
- 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）
- 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。

- 1) 利益相反なし。
- 2) 本研究は〇〇の助成金を受けた。
- 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)

(2019年9月8日一部改訂し、実施する)

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. 令和2年度看護実践学会役員

(職務・敬称略、50音順)

理事長 理事	須 釜 淳 子 (金沢大学新学術創成研究機構)
	大 江 真 琴 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	大 桑 麻由美 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	太 田 裕 子 (小松市民病院)
	大 西 真奈美 (芳珠記念病院)
	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)
	北 岡 和 代 (公立小松大学)
	木 間 美津子 (心臓血管センター金沢循環器病院)
	越 戸 和 代 (石川県済生会金沢病院)
	越 野 まゆみ (石川県総合看護専門学校)
	小 藤 幹 恵 (公益社団法人 石川県看護協会)
	澤 味 小百合 (公立能登総合病院)
	高 橋 ひとみ (KKR北陸病院)
	多 崎 恵 子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	田 中 浩 二 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	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)
	中 西 容 子 (金沢市立病院)
	中 村 真寿美 (金沢医科大学病院)
	成 瀬 美 恵 (金沢医療センター)
	西 村 真实子 (石川県立看護大学)
	野 村 仁 美 (地域医療機能推進機構金沢病院)
	橋 本 陽 子 (公立つるぎ病院)
	平 松 知 子 (金沢医科大学看護学部)
	藤 田 三 恵 (金城大学)
	藤 牧 和 恵 (城北病院)
	道 場 委希子 (加賀市医療センター)
	三 井 昌 栄 (公立松任石川中央病院)
	安 田 忍 (やわたメディカルセンター)
	山 下 美 子 (石川県立高松病院)
山 中 由貴子 (公立羽咋病院)	
渡 邊 真 紀 (金沢大学附属病院)	
監 事	小 川 外志江 (金沢大学附属病院)
	西 村 民 子 (金沢医療センター附属金沢看護学校)

看護実践学会専任査読者一覧

(2020年12月現在)

赤坂政樹	真田弘美	畑谷幸代
浅田優也	澤味小百合	平松知子
荒井謙一	正源寺美穂	堀口智美
有田広美	須釜淳子	松井希代子
石川倫子	臺美佐子	松井優子
大江真琴	高田貴子	松平明美
大江真人	高地弥里	松本勝
大桑麻由美	高橋ひとみ	丸岡直子
表志津子	高松朝男	丸谷晃子
加藤あゆみ	多崎恵子	三浦美和子
加藤真由美	田中浩二	向井加奈恵
川島和代	谷口好美	村角直子
川島由賀子	田淵紀子	村山陵子
河村一海	玉井奈緒	谷内薫
川村みどり	塚崎恵子	山下優美子
北岡和代	辻清美	横井早智江
木下幸子	津田朗子	横野知江
工藤淳子	土本千春	
小泉由美	中島由加里	
紺家千津子	長田恭子	
坂井恵子	中谷壽男	
坂本和美	中西容子	

(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：表 志津子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
紺 家 千津子 (石川県立看護大学看護学部)
谷 口 好 美 (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)
平 松 知 子 (金沢医科大学看護学部)
村 角 直 子 (金沢医科大学看護学部)

事務局：浅 田 優 也 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
沖 田 翔 平 (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)
多 崎 恵 子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
中 島 由加里 (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)
向 井 加奈恵 (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33巻 第2号

発行 令和3年3月20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)



抗糖尿病剤 創薬/処方薬医薬品^{※1}
注)注意-医師等の処方箋により使用すること

ルムジェブ®

LYUMJEV Injection

インスリン リスプロ(遺伝子組換え)注射液

薬価基準収載

注ミリオペン®
注ミリオペン®HD
注カート
注100単位/mL

製造販売元(文献請求先及び問い合わせ先)

日本イーライリリー株式会社
神戸市中央区磯上通5丁目1番28号

Lilly

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等は、添付文書をご参照ください。

Lilly Answers リリーアンサーズ

日本イーライリリー医薬情報問合せ窓口 www.lillymedical.jp

(医療関係者向け)

0120-360-605^{※1}

受付時間 月曜日～金曜日 8:45～17:30^{※2}

※1 通話料無料です。携帯電話、PHSからもご利用いただけます
※2 祝祭日及び当社休日を除きます

2020年6月作成
PP-UR-JP-0096



医療を通じて 社会に貢献する

必要とされる医療を届けるために。
テルモは、医療現場のニーズに応え、
ともに患者さんの未来を支えています。

テルモ株式会社 www.terumo.co.jp

TERUMO



未来へ駆ける。

人との繋がりを大切にしながら、
わたしたちは、走り続けます。



セントラル メディカルグループ

医療機器総合商社

セントラルメディカル株式会社

本社

〒920-0024 石川県金沢市西念3丁目1番5号
TEL.076(262)1111# FAX.076(223)7255
金沢支店・富山支店・福井支店

<http://www.centralmedical.co.jp/>

福祉用具レンタル・販売

株式会社メディパック

本社

〒920-0024 石川県金沢市西念3丁目1番5号
TEL.076(224)5600# FAX.076(224)6116
金沢営業所・富山営業所・福井営業所



