

看護実践学会誌

Journal of Society of Nursing Practice

○原 著

血液透析患者の運動実施の状況と運動の捉え方の実態…………… 熊倉 良太他 …… 1

○研究報告

「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する退院支援看護師の支援…………… 石川 倫子他 …… 12

看護師の職業的アイデンティティがワーク・エンゲイジメントへ及ぼす影響…………… 田中 美帆他 …… 22

○実践報告

入院前オリエンテーションを実施した化学放射線療法中の頭頸部がん患者の思い…………… 宮村 歩他 …… 32

○その他

コロナ禍での石川県下の看護職者の体験：看護学生によるインタビュー…………… 須釜 淳子他 …… 38

体験レポート1 コロナ専門病棟における看護師の体験

体験レポート2 軽症者宿泊療養施設における看護師の体験

体験レポート3 コロナ専門病棟（重症患者）における看護師の体験

体験レポート4 コロナ禍の感染管理認定看護師の体験

体験レポート5 感染症指定医療機関における看護管理者の体験

体験レポート6 救急外来における看護師の体験

原 著

血液透析患者の運動実施の状況と 運動の捉え方の実態

Fact-finding of the exercise engagement and how patients perceive
exercise in hemodialysis patients

熊倉 良太¹⁾, 大橋 佳代²⁾, 北川 麻衣³⁾, 稲垣 美智子³⁾
多崎 恵子³⁾, 松井 希代子⁴⁾, 堀口 智美³⁾

Ryota Kumakura¹⁾, Kayo Ohashi²⁾, Mai Kitagawa³⁾, Michiko Inagaki³⁾
Keiko Tasaki³⁾, Kiyoko Matsui⁴⁾, Tomomi Horiguchi³⁾

¹⁾長岡崇徳大学看護学部, ²⁾岐阜大学医学部看護学科,
³⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系, ⁴⁾金沢医科大学看護学部

¹⁾ Faculty of Nursing Nagaoka Sutoku University

²⁾ Gifu University school of Medicine Nursing Course

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

⁴⁾ School of Nursing Kanazawa Medical University

キーワード

血液透析, 運動実施, 運動指導, 患者教育, 実態調査

Key words

hemodialysis, exercise engagement, exercise guidance, patients education, fact-finding survey

要 旨

目的：血液透析患者の運動実施の状況と運動の捉え方の実態を明らかにする。方法：外来通院する血液透析患者を対象に、運動実施、運動指導を受けた経験、運動実施の理由等を問う自記式質問紙を用いて調査を行った。結果：分析対象者は119名（有効回答率85.0%）であり、運動を実施している者（運動実施群）は72名（60.5%）、運動指導を受けた経験がある者は34名（28.6%）であった。運動実施群のうち、運動実施の理由で「筋力を維持したい」と回答した者は74.8%であった。また、運動実施と基本属性・運動の捉え方の関係として、運動実施群は透析歴が有意に長く、運動指導を受けた経験がある者、運動のメリットとして「転倒予防」「歩行しやすくなる」を自覚している者が有意に多かった。考察：血液透析患者の運動実施には、運動指導を受けたと認識すること及び運動のメリットを自覚することが必要であると示唆さ

連絡先：熊倉 良太

長岡崇徳大学 看護学部

〒940-2135 新潟県長岡市深沢町2278番地 8

れた。今後は医療者が患者の運動に対する認識を理解した上で、患者のニーズに合わせた具体的な運動指導を行う必要がある。

Abstract

Objective: To find facts about exercise engagement and how patients perceive exercise in patients undergoing hemodialysis. Methods: We surveyed patients undergoing hemodialysis on an outpatient basis using a self-administered questionnaire, which included questions about engagement in exercise, experience of receiving exercise guidance, and reasons for engaging in exercise. Results: Of the 119 patients included in the analysis (valid response rate 85.0%), 72 (60.5%) were exercising (exercise engagement group) and 34 (28.6%) had experience of receiving exercise guidance. In the exercise engagement group, 74.8% of the patients engaged in exercise because they “wanted to maintain muscle strength.” In the relationship between exercise engagement and basic attributes and perception of exercise, the duration of undergoing dialysis was significantly longer, the experience of receiving exercise guidance was significantly more common, and significantly more patients were aware of “prevention of falls” and “facilitation of walking” as the benefits of exercise in the exercise engagement group. Discussion: These results suggest that perception of receiving exercise guidance and awareness of exercise benefits are necessary for exercise engagement by patients undergoing hemodialysis. Thus, medical professionals should understand how patients perceive exercise and provide the patients undergoing hemodialysis with specific information according to their needs in the future.

はじめに

わが国における慢性透析患者数は、2011年末に30万人を超え、2019年末には344,640人となった¹⁾。また、透析患者の平均年齢は69.1歳であり¹⁾、年々上昇傾向にあることから今後も高齢化が進むことが予測される。

透析患者は、末梢神経障害・骨病変などの合併症に加え、透析治療に起因する低栄養や骨格筋代謝異常、抑うつをきたしやすい²⁾³⁾。透析患者はこうした要因により身体活動量の低下を招きやすく、同世代の健常成人と比較し、身体活動量は著しく低下しており、高齢になるほどその差が大きくなることが明らかになっている⁴⁾。さらに身体活動量の低下により、運動耐容能や筋力といった生命予後の指標となる因子への影響も指摘されている⁵⁾⁶⁾。

透析患者の高齢化に伴い、フレイルの発生頻度が上昇していることが明らかになっている⁷⁻⁹⁾。フレイルとは、生理的予備能が低下することによってストレスへの脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転機に陥りやすい状態とされている¹⁰⁾。フレイルは、しかるべき介入により再び健康な状態に戻るという可逆性が包含されていることから、透析患者への予防的介入が重要な課題となっている。

以上を踏まえた透析患者の現状に対する対策の一つとして、運動療法が注目されている。透析中の運動療法により腎機能に悪影響はなく、運動耐容能が改善すること¹¹⁾¹²⁾や最大酸素摂取量が増加すること¹³⁾、リンの除去効率が上がること¹⁴⁾が報告されている。そこで2018年に「腎臓リハビリテーションガイドライン」が作成され、透析患者においても運動耐容能や歩行機能、身体的QOLの改善効果が期待されることから運動実施が推奨されてきた¹⁵⁾。しかし、透析患者は、腎機能不全による腎性貧血や透析治療による循環血液量の減少、アミロイドーシスなどから多様な自覚症状を生じやすく¹⁶⁾、新たに療養生活の中で運動を実施していくことは容易ではないことが推察される。このような透析患者が療養生活の中で運動を取り入れるためには、運動指導を受けて患者自身が運動の必要性を理解すること及び身体の状態を整えることが重要であると考えられる。

透析患者の療養生活における運動実施に対する支援には、これまでBanduraの自己効力感¹⁷⁾やトランスセオレティカル・モデル¹⁸⁾が用いられてきた。これらは、行動変容における認識の重要性を述べている。つまり、透析患者が運動実施するためには患者自身の運動の捉え方が重要であると考えられる。

以上のことより、本研究では、血液透析患者の運動実施の状況と運動指導を受けた経験や身体の自覚症状を含んだ運動の捉え方の実態を明らかにすることを目的とした。このことが明らかとなれば、血液透析患者の運動の捉え方を踏まえた新たな運動指導方法の示唆を得ることができ、しいては血液透析患者の運動療法の導入・継続における運動指導を推進できると考えられる。

用語の定義

運動：「体力の維持増進を目的として、計画的・意図的に週1回以上実施している身体活動」と定義した。

研究方法

1. 研究デザイン

実態調査研究

2. 対象者

対象者は、A県内で研究協力の得られた2施設の血液浄化センター（A病院50床、B病院90床）に外来通院している者で、研究の同意が得られた者とした。選定基準は外来にて血液透析を行っていることとし、除外基準は質問紙に答えることのできない明らかな認知機能障害を持つこととした。また、調査施設の特徴として、A病院では希望者に対して、週3回の血液透析中に理学療法士もしくは看護師が付き添いのもと、床上で30分間のエルゴメーターを用いた運動療法が行われていた。B病院では、透析中の運動療法は行われていなかった。

3. データ収集期間

2016年10月～2017年2月

4. 調査方法

自記式質問紙法を用いた。

5. データ収集方法

外来受診時に無記名自記式質問紙を研究者が配布し、その場で記載してもらい回収した。その場での回答が難しい場合は自宅で記載してもらい、1週間以内に外来受診した際に研究者が回収した。

6. 調査内容

1) 基本属性

年齢、性別、就労状況、家族構成、透析原因疾患、透析歴、透析時間、透析回数を尋ねた。

2) 運動の実態

(1) 運動実施の状況

運動実施の有無を尋ね、実施している場合には、運動種目について、「筋力トレーニング」等の7

項目から選択回答とし、各種目の運動頻度、運動時間も尋ねた。

(2) 運動の捉え方

① 運動指導を受けた経験

運動指導を受けた経験の有無を尋ね、経験がある場合には、運動指導者、運動指導内容について尋ねた。

② 自覚症状

透析中の自覚症状について「吐気」等の6項目、日常生活の自覚症状について「浮腫」等の10項目を選択回答とした。

③ 運動のメリットとして自覚していること

「筋力がつく」等の13項目を「そう思う」「そう思わない」の2件法で尋ねた。

④ 運動実施・非運動実施の理由

「運動をしている」と回答した者に運動実施の理由について、「筋力を維持したい」等の12項目を「そう思う」「そう思わない」の2件法で尋ねた。また、「運動をしていない」と回答した者に非運動実施の理由について「運動指導を受けたことがない」等の15項目を「そう思う」「そう思わない」の2件法で尋ねた。

⑤ 今後運動を行うために必要と思うもの

「安全への配慮」等の11項目を「そう思う」「そう思わない」の2件法で尋ねた。

7. 分析方法

1) 実態は、実数と割合を示す記述統計を用いた。

2) 運動実施の有無により運動実施群・非運動実施群の2群に分け、各変数を単変量解析（対応のないt検定、 χ^2 検定、Fisherの直接法）で比較した。透析時間は維持血液透析ガイドラインにおいて、生命予後の観点から4時間以上の血液透析が推奨されている¹⁹⁾ため、4時間未満と4時間以上の2群に分けて分析を行った。分析は統計パッケージとしてSPSS Statistics 28.0を用い、統計解析にあたり有意水準を0.05とした。

8. 倫理的配慮

本研究は、調査施設の施設長及び関係部署責任者に調査の目的・方法・倫理的配慮等について説明を行い、許可を得た上で実施した。研究対象者には、調査の目的と方法、回答は任意であり、回答を行わなくても不利益が生じないことを書面および口頭にて説明し、質問紙の回答をもって同意を得た。個人情報保護のため、施設名および個人が特定されないようにデータを記号化し、施設された保管庫にて厳重に管理した。本研究は金沢大

学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：715-1）。

結 果

2施設の血液浄化センターに外来通院する血液透析患者のうち、対象者は140名であった。対象者140名にアンケートを配布し、全員から回答を得た（回収率100%）。そのうち、有効回答数は119名であった（有効回答率85.0%）。有効回答数119名の内訳として、A病院61名（51.3%）、B病

院58名（48.7%）であった。

1. 基本属性（表1）

対象者の平均年齢は66.9±10.9（平均値±標準偏差）歳であった。男性が70名（58.8%）、女性が47名（39.5%）で、平均透析歴は9.7±10.0年であった。

2. 運動の実態

1) 運動実施の状況

(1) 運動実施の有無

「運動をしている」と回答した者（運動実施群）が72名（60.5%）、「運動をしていない」と回答した者（非運動実施群）が47名（39.5%）であった。

(2) 運動種目と運動頻度、運動時間（表2）

運動実施群72名のうち、運動種目（複数回答）では、「ウォーキング」が40名（55.6%）、「エルゴメーター」が23名（31.9%）、「体操」が15名（20.8%）であった。各種目の運動頻度、運動時間において、「ウォーキング」は「週1-2回」が24名（60.0%）で、「20分-60分未満」が29名（72.5%）であった。「エルゴメーター」は「週1-2回」が22名（95.7%）で、「20分-60分未満」が19名（82.6%）、「体操」は「週3-4回」が8名（53.3%）で、「20分未満」が10名（66.7%）であった。

2) 運動の捉え方

(1) 運動指導を受けた経験

① 運動指導を受けた経験の有無

「運動指導を受けた経験がある」と回答した者が34名（28.6%）、「運動指導を受けた経験がない」と回答した者が81名（68.1%）であった。

② 運動指導者と運動指導内容（表3）

「運動指導を受けた経験がある」と回答した者34名のうち、運動指導者（複数回答）は「理学療法士」が21名（61.8%）、「医師」が17名（50.0%）、「看護師」が3名（8.8%）であった。運動指導内容（複数回答）は「運動種目」が19名（55.9%）、「運動強度」が6名（17.6%）、「運動時間」が5名（14.7%）、「運動頻度」が3名（8.8%）であった。

(2) 自覚症状

① 透析中の自覚症状

透析中の自覚症状（複数回答）は、「皮膚の痒み」が39名（32.8%）と最も多く、次いで「痙攣」が18名（15.1%）であった。

② 日常生活の自覚症状

日常生活の自覚症状（複数回答）は、「浮腫」が33名（27.7%）と最も多く、次いで「視力障害」が31名（26.1%）であった。

(3) 運動のメリットとして自覚していること

表1 基本属性 N=119

| 属性 | 区分 | n | (%) |
|----------|-------------|-------|--------|
| 性別 | 男性 | 70 | (58.8) |
| | 女性 | 47 | (39.5) |
| | 無回答 | 2 | (1.7) |
| 職業 | 有職 | 44 | (37.0) |
| | 無職 | 72 | (60.5) |
| | 無回答 | 3 | (2.5) |
| 家族構成 | 核家族 | 89 | (74.8) |
| | 2世代世帯 | 2 | (1.7) |
| | 3世代世帯 | 9 | (7.6) |
| | 独居 | 8 | (6.7) |
| | その他 | 9 | (7.6) |
| | 無回答 | 2 | (1.7) |
| 透析原因疾患 | 糖尿病性腎症 | 44 | (37.0) |
| | 糸球体腎炎 | 31 | (26.1) |
| | 腎硬化症 | 7 | (5.9) |
| | 腎盂腎炎 | 4 | (3.4) |
| | その他 | 18 | (15.1) |
| | 不詳 | 11 | (9.2) |
| | 無回答 | 4 | (3.4) |
| 透析歴 | 1年未満 | 5 | (4.2) |
| | 1年以上～3年未満 | 21 | (17.6) |
| | 3年以上～5年未満 | 31 | (26.1) |
| | 5年以上～10年未満 | 20 | (16.8) |
| | 10年以上～20年未満 | 18 | (15.1) |
| | 20年以上 | 22 | (18.5) |
| 無回答 | 2 | (1.7) | |
| 透析時間(／回) | 3時間以上～4時間未満 | 46 | (38.7) |
| | 4時間以上～5時間未満 | 69 | (58.0) |
| | 5時間以上 | 3 | (2.5) |
| | 無回答 | 1 | (0.8) |
| 透析時間(／週) | 2回 | 1 | (0.8) |
| | 3回 | 115 | (96.6) |
| | 4回 | 2 | (1.7) |
| | 無回答 | 1 | (0.8) |

表2 運動種目と運動頻度、運動時間

N=72

| 項目 | 区分 | n (%) | 運動頻度 (／週) | | 運動時間 (／回) | |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|-----------|
| | | | | n (%) | | n (%) |
| 運動種目 (複数回答) | ウォーキング | 40 (55.6) | 1～2回 | 24 (60.0) | 20分未満 | 6 (15.0) |
| | | | 3～4回 | 16 (40.0) | 20分以上～60分未満 | 29 (72.5) |
| | | | 5～6回 | 0 (0.0) | 60分以上 | 3 (7.5) |
| | | | 7回 | 0 (0.0) | 無回答 | 2 (0.5) |
| | | | 無回答 | 0 (0.0) | | |
| エルゴメーター | 23 (31.9) | 23 (31.9) | 1～2回 | 22 (95.7) | 20分未満 | 3 (13.0) |
| | | | 3～4回 | 1 (4.3) | 20分以上～60分未満 | 19 (82.6) |
| | | | 5～6回 | 0 (0.0) | 60分以上 | 0 (0.0) |
| | | | 7回 | 0 (0.0) | 無回答 | 1 (4.3) |
| | | | 無回答 | 0 (0.0) | | |
| 体操 | 15 (20.8) | 15 (20.8) | 1～2回 | 7 (46.7) | 20分未満 | 10 (66.7) |
| | | | 3～4回 | 8 (53.3) | 20分以上～60分未満 | 3 (20.0) |
| | | | 5～6回 | 0 (0.0) | 60分以上 | 0 (0.0) |
| | | | 7回 | 0 (0.0) | 無回答 | 2 (13.3) |
| | | | 無回答 | 0 (0.0) | | |
| 筋力トレーニング | 12 (18.1) | 12 (18.1) | 1～2回 | 7 (58.3) | 20分未満 | 8 (66.7) |
| | | | 3～4回 | 5 (41.7) | 20分以上～60分未満 | 2 (16.7) |
| | | | 5～6回 | 0 (0.0) | 60分以上 | 2 (16.7) |
| | | | 7回 | 0 (0.0) | 無回答 | 0 (0.0) |
| | | | 無回答 | 0 (0.0) | | |
| ストレッチ | 10 (16.7) | 10 (16.7) | 1～2回 | 5 (50.0) | 20分未満 | 7 (70.0) |
| | | | 3～4回 | 5 (50.0) | 20分以上～60分未満 | 2 (20.0) |
| | | | 5～6回 | 0 (0.0) | 60分以上 | 0 (0.0) |
| | | | 7回 | 0 (0.0) | 無回答 | 1 (10.0) |
| | | | 無回答 | 0 (0.0) | | |
| スポーツ | 5 (6.9) | 5 (6.9) | 1～2回 | 4 (80.0) | 20分未満 | 0 (0.0) |
| | | | 3～4回 | 0 (0.0) | 20分以上～60分未満 | 3 (60.0) |
| | | | 5～6回 | 0 (0.0) | 60分以上 | 1 (20.0) |
| | | | 7回 | 0 (0.0) | 無回答 | 1 (20.0) |
| | | | 無回答 | 1 (20.0) | | |
| その他 | 30 (41.7) | 30 (41.7) | 1～2回 | 11 (36.7) | 20分未満 | 12 (40.0) |
| | | | 3～4回 | 8 (26.7) | 20分以上～60分未満 | 6 (20.0) |
| | | | 5～6回 | 3 (10.0) | 60分以上 | 8 (26.7) |
| | | | 7回 | 4 (13.3) | 無回答 | 4 (13.3) |
| | | | 無回答 | 4 (13.3) | | |

表3 運動指導者と運動指導内容

N=34

| 項目 | 区分 | n | (%) |
|---------------|-------|----|--------|
| 運動指導者 (複数回答) | 理学療法士 | 21 | (61.8) |
| | 医師 | 17 | (50.0) |
| | 運動療法士 | 6 | (17.6) |
| | 看護師 | 3 | (8.8) |
| 運動指導内容 (複数回答) | 運動種目 | 19 | (55.9) |
| | 運動強度 | 6 | (17.6) |
| | 運動時間 | 5 | (14.7) |
| | 運動頻度 | 3 | (8.8) |

表4 運動実施・非運動実施の理由

N=119

| 項目 | 区分 | n | (%) |
|--------------------|----------------|----|--------|
| n=72 | | | |
| 運動実施の理由 (複数回答) | 筋力を維持したい | 54 | (75.0) |
| | 老化を防ぎたい | 41 | (56.9) |
| | 認知症になりたくない | 39 | (54.2) |
| | 楽しい | 18 | (25.0) |
| | 運動が好き | 14 | (19.4) |
| | 体重を減らしたい | 12 | (16.7) |
| | 医師が勧める | 10 | (13.9) |
| | 看護師などが勧める | 10 | (13.9) |
| | 家族が勧める | 10 | (13.9) |
| | 友人が勧める | 7 | (9.7) |
| | 運動が上手になりたい | 7 | (9.7) |
| | その他 | 4 | (5.6) |
| n=47 | | | |
| 非運動実施の理由 (複数回答) | 運動指導を受けたことがない | 22 | (46.8) |
| | 運動指導者がいない | 16 | (34.0) |
| | 運動すると痛くなる場所がある | 15 | (31.9) |
| | 運動の参考となる情報がない | 15 | (31.9) |
| | 運動すると苦しくなる | 14 | (29.8) |
| | 運動による事故が怖い | 11 | (23.4) |
| | 運動する施設や設備がない | 10 | (21.3) |
| | 気候が運動に適していない | 9 | (19.1) |
| | 運動が嫌い | 8 | (17.0) |
| | 運動が有効だと思えない | 6 | (12.8) |
| | そもそも運動する気がない | 6 | (12.8) |
| | 運動する時間がない | 4 | (8.5) |
| | 運動するのに必要なお金がない | 4 | (8.5) |
| | 医師から運動を禁止されている | 2 | (4.3) |
| | その他 | 4 | (8.5) |

表5 今後運動を行うために必要と思うもの

N=119

| 項目 | 区分 | n | (%) |
|---------------------------------|-------------|----|--------|
| 今後運動を行うために 必要と思うもの (複数回答) | 安全への配慮 | 43 | (36.1) |
| | 設備 | 38 | (31.9) |
| | 時間 | 37 | (31.1) |
| | 運動の専門家による指導 | 36 | (30.3) |
| | 家族 | 34 | (28.6) |
| | 参考となる本や情報 | 29 | (24.4) |
| | スタッフの励まし | 28 | (23.5) |
| | 医師の指導 | 26 | (21.8) |
| | 友人・仲間 | 26 | (21.8) |
| | お金 | 18 | (15.1) |
| | その他 | 6 | (5.0) |

表6 運動実施と基本属性の関係

N=119

| 項目 | 区分 | 運動実施群 (n=72) | | 非運動実施群 (n=47) | | p値 |
|--------------------|-------|--------------|-----------|---------------|-------|-------|
| | | 総数 | 平均値±標準偏差 | 平均値±標準偏差 | n (%) | |
| 年齢 ^{a)} | | 117 | 66.9±10.8 | 67.1±11.2 | | 0.92 |
| 透析歴 ^{a)} | | 117 | 11.1±10.9 | 7.3±8.0 | | 0.04* |
| | | | n (%) | n (%) | | p値 |
| 性別 ^{b)} | 男性 | 117 | 40 (56.3) | 30 (65.2) | | 0.33 |
| | 女性 | | 31 (43.7) | 16 (34.8) | | |
| 就労状況 ^{b)} | 有職 | 116 | 24 (34.3) | 20 (43.5) | | 0.31 |
| | 無職 | | 46 (65.7) | 26 (56.5) | | |
| 透析時間 ^{b)} | 4時間未満 | 118 | 26 (36.1) | 20 (43.5) | | 0.42 |
| | 4時間以上 | | 46 (63.9) | 26 (56.5) | | |

a) t検定 b) χ^2 検定 *: p<0.05

運動のメリットとして自覚していること（複数回答）は、「筋力がつく」が89名（74.8%）、「転倒予防」が71名（59.7%）、「歩行しやすくなる」が69名（58.0%）であった。

(4) 運動実施・非運動実施の理由（表4）

① 運動実施の理由

運動実施群72名のうち、運動実施の理由（複数回答）は、「筋力を維持したい」が54名（75.0%）、「老化を防ぎたい」が41名（56.9%）、「認知症になりたくない」が39名（54.2%）であった。

② 非運動実施の理由

非運動実施群47名のうち、非運動実施の理由（複数回答）は、「運動指導を受けたことがない」が22名（46.8%）、「運動指導者がいない」が16名（34.0%）、「運動すると痛くなる場所がある」と「運動の参考となる情報がない」が15名（31.9%）であった。

(5) 今後運動を行うために必要と思うもの（表5）

今後運動を行うために必要と思うもの（複数回答）は、「安全への配慮」が43名（36.1%）、「設備」が38名（31.9%）、「時間」が37名（31.1%）であった。

3) 運動実施の有無と基本属性・運動の捉え方の関係

(1) 運動実施と基本属性の関係（表6）

運動実施群は非運動実施群と比較して、透析歴が有意に長かった（p=0.04）。他の項目において有意差は見られなかった。

(2) 運動実施と運動の捉え方の関係（表7）

運動実施群は非運動実施群と比較して、「運動指導を受けた経験がある」と回答した者が有意に

多かった（p=0.03）。日常生活の自覚症状では「眩暈・立ち眩み」と回答した者が有意に少なかった（p=0.02）。運動のメリットとして自覚していることでは「転倒予防」と回答とした者（p=0.02）と「歩行しやすくなる」と回答した者（p=0.01）がそれぞれ有意に多かった。

考 察

1. わが国の透析人口と本研究における対象者の比較

日本透析医学会による2019年の調査¹⁾と比較し、本研究における対象集団の特性について考察を行う。透析医学会の統計調査では平均年齢69.1歳、平均透析歴7.4年であるのに対し、本研究の対象者は平均年齢66.9±10.9歳、平均透析歴9.7±10.0年であった。本研究の対象者はやや年齢が若く、透析歴の長い集団であったが、概ねわが国の透析人口を反映した集団であった。

2. 血液透析患者の運動実施の状況について

本研究において、運動実施群は全体の約6割であった。運動実施群では、約5割が週2-3回の運動を実施していた。日本透析医学会が公表した統計調査では、運動習慣において「なし、ほとんどなし」が全体の6-8割、15歳未満と75歳以上では約8割とやや高い割合を示しており²⁰⁾、本研究結果は運動実施の割合が非常に高いといえる。また、厚生労働省による調査では、日本の運動習慣のある人は65歳以上の男性で41.9%、女性で33.9%であり²¹⁾、本研究の対象者は一般高齢者と比較しても、運動実施の割合が高いといえる。本研究において、運動実施群のうち、運動実施の理

表7 運動実施と運動の捉え方の関係

N=119

| 項目 | 区分 | 総数 | 回答 | 運動実施群 (n=72) | | 非運動実施群 (n=47) | | p 値 |
|--------------------------|--------------------------|-----|-----------|----------------------|----------------------|---------------|-------|-----|
| | | | | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| 運動指導を受けた経験 ^{a)} | | 115 | あり なし | 26(36.6) 45(63.4) | 8(18.2) 36(81.8) | | 0.03* | |
| 透析中の自覚症状 | 皮膚の痒み ^{a)} | 118 | あり なし | 25(34.7) 47(65.3) | 14(30.4) 32(69.6) | | 0.62 | |
| | 皮膚の痒み ^{a)} | 118 | あり なし | 11(15.3) 61(84.7) | 7(15.2) 39(84.8) | | 0.99 | |
| | 頭痛 ^{a)} | 118 | あり なし | 7(9.7) 65(90.3) | 6(13.6) 40(86.4) | | 0.57 | |
| | 吐き気 ^{a)} | 118 | あり なし | 5(6.9) 67(93.1) | 6(13.0) 40(87.0) | | 0.33 | |
| | 足のむずむず感 ^{b)} | 118 | あり なし | 6(8.3) 66(91.7) | 3(6.5) 43(93.5) | | 1.00 | |
| 日常生活の自覚症状 | 浮腫 ^{a)} | 118 | あり なし | 18(25.0) 54(75.0) | 15(32.6) 31(67.4) | | 0.36 | |
| | 視力障害 ^{a)} | 118 | あり なし | 20(27.8) 52(72.2) | 11(23.9) 35(76.1) | | 0.64 | |
| | 眩暈・立ち眩み ^{a)} | 118 | あり なし | 13(18.1) 59(81.9) | 17(37.0) 29(63.0) | | 0.02* | |
| | 下肢の冷え ^{a)} | 118 | あり なし | 18(25.0) 54(75.0) | 12(26.1) 34(73.9) | | 0.89 | |
| | 手足の痺れ ^{a)} | 118 | あり なし | 19(26.4) 53(73.6) | 10(21.7) 36(78.3) | | 0.56 | |
| | 動悸・息切れ ^{a)} | 118 | あり なし | 12(16.7) 60(83.3) | 12(26.1) 34(73.9) | | 0.21 | |
| | 関節痛 ^{a)} | 118 | あり なし | 15(20.8) 57(79.2) | 8(17.4) 38(82.6) | | 0.64 | |
| | 不眠 ^{a)} | 118 | あり なし | 11(15.3) 61(84.7) | 8(17.4) 38(82.6) | | 0.76 | |
| | 食欲不振 ^{a)} | 118 | あり なし | 10(13.9) 62(86.1) | 5(10.9) 41(89.1) | | 0.63 | |
| 運動のメリットとして自覚していること | 筋力がつく ^{a)} | 119 | はい いいえ | 56(77.8) 16(22.2) | 33(70.2) 14(29.8) | | 0.35 | |
| | 転倒予防 ^{a)} | 119 | あり なし | 49(68.1) 23(31.9) | 22(46.8) 25(53.2) | | 0.02* | |
| | 歩行しやすくなる ^{a)} | 119 | あり なし | 48(66.7) 24(33.3) | 21(44.6) 26(55.4) | | 0.01* | |
| | 認知症の予防 ^{a)} | 119 | あり なし | 32(44.4) 40(55.6) | 20(42.6) 27(57.4) | | 0.83 | |
| | 骨粗鬆症の予防 ^{a)} | 119 | あり なし | 30(41.7) 42(58.3) | 17(36.2) 30(63.8) | | 0.54 | |
| | 気分がよくなる ^{a)} | 119 | あり なし | 33(45.8) 39(54.2) | 14(29.8) 33(70.2) | | 0.08 | |
| | 心臓や肺が強くなる ^{a)} | 119 | あり なし | 20(27.8) 52(72.2) | 15(31.9) 32(68.1) | | 0.62 | |
| | よく眠れる ^{a)} | 119 | あり なし | 19(26.4) 53(73.6) | 15(31.9) 32(68.1) | | 0.51 | |
| | 脳卒中の予防 ^{a)} | 119 | あり なし | 12(16.7) 60(83.3) | 12(25.5) 35(74.5) | | 0.23 | |
| | 貧血が改善する ^{a)} | 119 | あり なし | 8(11.1) 64(88.9) | 9(19.1) 38(80.9) | | 0.22 | |
| | 透析の効率がよくなる ^{a)} | 119 | あり なし | 7(9.7) 65(90.3) | 8(17.0) 39(73.0) | | 0.24 | |
| | がんの予防 ^{b)} | 119 | あり なし | 5(6.9) 67(93.1) | 2(4.3) 45(95.7) | | 0.70 | |

a) χ^2 検定 b) Fisherの直接法 *: p<0.05

由で「筋力を維持したい」と回答した者が7割以上であった。透析患者は加齢による影響に加え、疾患や透析治療などから筋力低下を招きやすいことが以前より指摘されており^{6) 22)}、筋力低下の自覚が運動実施につながっていた可能性がある。つまり、血液透析患者に対して「筋力維持」が運動の動機付けとして有効であり、運動に対する患者のニーズに合わせた指導を行っていく必要があると考える。

3. 血液透析患者の運動の捉え方について

本研究では、「運動指導を受けた経験がある」と回答した者が約3割であった。運動指導内容に関しては、「運動種目」を回答した者は約2割であり、さらに「運動強度」や「運動時間」、「運動頻度」は1割にも満たず、患者は具体的な運動指導が行われていないと捉えていることが明らかになった。Jayaseelanら²³⁾は血液透析患者の運動実施における障害要因として、【運動知識の不足】を明らかにしており、患者の運動実施を推進するには、適切な情報提供や指導が求められる。本研究結果においても、非運動実施の理由として「運動指導を受けたことがない」「運動指導者がいない」「運動の参考となる情報がない」と回答した者が3割以上であり、運動に関する情報の不足が患者の運動実施を妨げている現状が明らかとなった。

運動指導者に関しては、「理学療法士」と「医師」は5割以上の患者から運動指導者として挙げられたが、「看護師」は1割未満であった。折部ら²⁴⁾は血液透析患者における歩行運動継続の心理的要因として【看護師の支持的な関わり】を抽出し、看護師との関わり的重要性を示している。さらに日本においては、理学療法士が常駐していないクリニック等の施設も多く、運動指導における看護師の役割は大きいと考えられる。しかし、本研究結果では、看護師が運動指導に十分関わっていない可能性が示唆されたため、今後その要因を検討する必要がある。

4. 運動実施の有無と基本属性・運動の捉え方の関係

本研究結果より、運動実施群は、非運動実施群と比較して透析歴が有意に長かった。齊藤ら²⁵⁾は、透析期間の長期化そのものが運動機能を低下させる因子であることを明らかにしており、透析歴が長い運動実施群において運動機能がより低下していることが予測される。本研究において、運動実施群は非運動実施群に比べて「転倒予防」「歩行しやすくなる」という運動のメリットを自覚して

いる者が有意に多い点を踏まえると、透析期間が長くなるにつれて運動機能の低下を自覚することで運動への関心が高まり、さらに実際に運動による効果を実感することで運動実施に至っていたと推察される。運動の効果を実感・体感することは内在的報酬とされ、運動の自主性や習慣化において重要な要素とされている²⁶⁾。したがって、歩行などの基本動作において運動効果を自覚することが自主的な運動実施及び運動の習慣化に有効である可能性が示唆された。

また、本研究結果において運動実施群では「運動指導を受けた経験がある」と回答した者が有意に多いことから、血液透析患者の運動実施において運動指導を受けたと認識することが重要な要素であると示唆された。Bandura¹⁷⁾は行動の先行要因として効力予期があると述べている。この点から考察すると、運動指導を受けたと認識することで、患者自身が運動は実施できると捉えることができ、運動実施に至ったと考えられる。そのため、医療者は運動指導を通して、患者の認識を十分に理解する必要があると考えられる。さらに、今後運動を行うために必要と思うものとして「安全への配慮」と回答した者が3割以上であり、運動指導において安全性に関する情報提供の必要性が示唆された。近年、腎臓リハビリテーション学会による「腎臓リハビリテーションガイドライン」¹⁵⁾が作成され、血液透析患者に適した運動の種類や強度などの具体的な運動メニューが示されている。しかしながら、本研究では運動の種目・強度等の指導をうけた患者は2割に満たず、医療者は血液透析患者が安全に運動できる具体的方法について十分に情報提供できていない可能性がある。運動実施に至っていない血液透析患者への支援として、医療者は患者の運動に対する認識を理解した上で、ガイドラインを踏まえ、患者のニーズに合わせた具体的な運動指導を行う必要がある。

研究の限界

本研究は調査施設がA県内という限られた地域の2施設に限定されている。調査施設の特徴として、A病院は透析中の運動療法が既に導入されているという特殊性があり、結果の一般化には限界がある。また、今回調査を行った2施設は理学療法士が常駐しており、理学療法士による運動指導が行われていた。そのため、クリニック等の運動指導体制が異なる施設においては、結果が適応できないと考えられる。したがって、今後は対象施設

設を増やすとともに、多様な運動指導体制の施設で調査を行う必要がある。

結 論

本研究より血液透析患者の運動実施の状況と運動の捉え方の実態が明らかになった。運動実施群は全体の約6割であり、「運動指導を受けた経験がある」と回答した者は全体の約3割であった。運動実施群では非運動実施群と比較して、基本属性では透析歴が有意に長かった。また、運動の捉え方では「運動指導を受けた経験がある」、運動のメリットとして「転倒予防」「歩行しやすくなる」を自覚している者が有意に多かった。つまり、血液透析患者の運動実施には、患者自身が運動指導を受けたと認識すること及び運動のメリットを自覚することが必要であることが示唆された。医療者は患者の運動に対する認識を理解した上で、患者のニーズに合わせた具体的な運動指導を行う必要がある。

謝 辞

本研究にご協力いただきました患者の皆様、および病院の院長様・看護部長様・血液浄化センターのスタッフの皆様に関心より感謝申し上げます。

利益相反

利益相反なし。

文 献

- 1) 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2019年12月31日現在, [オンライン, <https://docs.jsdt.or.jp/overview/>], 日本透析医学会, 4. 1. 2021
- 2) Wang XH, Mitch WE : Mechanisms of muscle wasting in chronic kidney disease, *Nature Reviews Nephrology*, 10(9), 504–516, 2014
- 3) Kopple JD, Kim JC, Shapiro BB, et al. : Factors affecting daily physical activity and physical performance in maintenance dialysis patients, *Journal of Renal Nutrition*, 25(2), 217–222, 2015
- 4) Johansen KL, Chertow GM, Ng AV, et al. : Physical activity levels in patients on hemodialysis and healthy sedentary controls, *Kidney International*, 57(6), 2564–2570, 2000

- 5) Sietsema KE, Amato A, Adler SG, et al. : Exercise capacity as a predictor of survival among ambulatory patients with end-stage renal disease, *Kidney International*, 65(2), 719–724, 2004
- 6) Matsuzawa R, Matsunaga A, Wang G, et al. : Relationship between lower extremity muscle strength and all-cause mortality in Japanese patients undergoing dialysis, *Physical Therapy*, 94(7), 947–956, 2014
- 7) Zhao Y, Liu Q, Ji J : The prevalence of frailty in patients on hemodialysis : a systematic review and meta-analysis, *International Urology and Nephrology*, 52(1), 115–120, 2020
- 8) Lee HJ, Son YJ : Prevalence and associated factors of frailty and mortality in patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis : A systematic review and meta-analysis, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3471, 2021
- 9) McAdams-DeMarco MA, Law A, Salter ML, et al. : Frailty as a Novel predictor of Mortality and Hospitalization in Hemodialysis Patients of All Ages, *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(6), 896–901, 2013
- 10) 荒井秀典：フレイルの意義, *日本老年医学会雑誌*, 51(6), 497–501, 2014
- 11) Kouidi E, Albani M, Natsis K, et al. : The effects of exercise training on muscle atrophy in hemodialysis patients, *Nephrology Dialysis Transplantation*, 13(3), 685–699, 1998
- 12) 立石圭祐, 上田仁美, 百崎良, 他 : 血液透析中に運動療法を実施し、運動および日常生活機能に改善が得られた2症例について, *理学療法：進捗と展望*, 24, 57–61, 2011
- 13) Kouidi E, Iacovides A, Iordanidis P, et al. : Exercise renal rehabilitation program: Psychosocial Effects, *Nephron*, 77(2), 152–158, 1997
- 14) Vaithilingam I, Polkinghorne KR, Atkins RC, et al. : Time and exercise improve phosphate removal in hemodialysis patients, *American journal of Kidney Diseases*, 43(1), 85–89, 2004
- 15) 日本腎臓リハビリテーション学会：腎臓リハビリテーションガイドライン, [オンライン,

- <https://minds.jcqhc.or.jp/n/med/4/med0363/G0001074>], 日本腎臓リハビリテーション学会, 4. 1. 2021
- 16) 鈴木正司: 透析療法マニュアル改訂第8版, 信楽園病院腎センター編, 日本メディカルセンター, 207-390, 東京, 2014
 - 17) Bandura, A: 激動社会の中の自己効力, 本明寛, 野口京子訳, 激動社会の中の自己効力(第2版), 株式会社金子書房, 1-41, 東京, 2000
 - 18) Marcus, BH., Simkin, LR.: The transtheoretical model: Applications to exercise behavior, *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26(11), 1400-1404, 1994
 - 19) 日本透析医学会: 維持血液透析ガイドライン: 血液透析処方, [オンライン, https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsdt/46/7/46_587/_article/-char/ja/], 日本透析医学会, 4. 1. 2021
 - 20) 日本透析医学会統計調査委員会: わが国の透析歴慢性透析療法の現況2018年12月31日現在, [オンライン, <https://docs.jsdt.or.jp/overview/index2019.html>], 日本透析医学会, 4. 1. 2021
 - 21) 厚生労働省: 令和元年国民健康・栄養調査報告, [オンライン, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/eiyou/r1-houkoku_00002.html], 厚生労働省, 4. 1. 2021
 - 22) Van den Ham EC, Kooman JP, Schols AM, et al.: Similarities in skeletal muscle strength and exercise capacity between renal transplant and hemodialysis patients, *American journal of Transplantation*, 5(8), 1957-65, 2005
 - 23) Jayaseelan G, Bennett PN, Bradshaw W, et al.: Exercise benefits and barriers: The perceptions of people receiving hemodialysis, *Nephrology Nursing Journal*, 45(2), 185-219, 2018
 - 24) 折部知子, 中川正志, 川西千恵美: 血液透析患者における歩行運動継続の心理的要因, *国立病院看護研究学会誌*, 12(1), 2-10, 2016
 - 25) 齊藤正和, 松永篤彦, 横山美佐子, 他: 透析期間の長期化が血液透析患者の運動機能に及ぼす影響について, *日本透析医学会雑誌*, 40(2), 147-153, 2007
 - 26) Phillips LA, Chamberland PE, Hekler E, et al.: Intrinsic rewards predict exercise via behavioral intentions for initiators but via habit strength for maintainers, *Sports, Exercise, and Performance Psychology*, 5(4), 352-364, 2016

研究報告

「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する退院支援看護師の支援

Care provided by discharge support nurses in response to disagreements between patients and their families regarding where the patient should recover post-discharge

石川 倫子¹⁾, 小原 美帆子²⁾

Noriko Ishikawa¹⁾, Mihoko Ohara²⁾

¹⁾石川県立看護大学, ²⁾金沢大学附属病院

¹⁾ Ishikawa Prefectural Nursing University, ²⁾ Kanazawa University Hospital

キーワード

意向のずれ, 退院支援看護師, 在宅療養移行支援, 患者と家族

Key words

disagreements, discharge support nurses, support for transition to home care, the patients and their families

要 旨

目的：「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する退院支援看護師の支援を明らかにする。

方法：研究参加者は退院支援看護師8名、データ収集方法はフォーカスグループインタビューを用い、質的記述的分析を行った。

結果：退院支援看護師は患者と家族との意向のずれに対して、患者には【患者の真意を引き出す】、【帰りたい患者の一途な気持ちを受け止める】という支援をしていた。意向が叶わなかった場合には【本意でない患者に寄り添う】、【自宅に戻るために段階を踏むよう患者に勧める】ことをしていた。一方、家族には【時を重ねて家族に入り込む】、【自宅に戻ることを躊躇する家族の真意をつかむ】【家族の後押しをする】という支援を行い、両者には【お互いの意向がわかりあえるように間を取り持つ】支援をしていた。

考察：退院支援看護師は、患者の意向を中心に家族の真意をつかみ、互いがわかりあえるように間を取っている。

連絡先：石川 倫子

石川県立看護大学

〒929-1210 石川県かほく市学園台1丁目1番地

はじめに

在宅療養移行支援の最終的な目標は、患者と家族が納得して退院を迎えることができ、社会資源を有効に活用し、病気や老いと向き合いながら希望する退院後の新しい療養生活をスタートさせることであるとされている¹⁾。そのために、宇都宮²⁾は、看護師には患者・家族の意向にそって（意思決定支援）、在宅療養が安定するための支援（自立支援）を病院と在宅のチームで連携して行うことが求められていると述べている。

この在宅療養移行支援を推進するために、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を維持できることを目的として、2016年に「退院支援加算」が新設された³⁾。2018年には入院前からの支援も評価する「入退院支援加算」となった⁴⁾。退院支援加算要件の一つに退院支援及び地域連携業務に専従する看護師が各病棟に専任で配置することとされ³⁾、退院支援看護師が2病棟に1名配置された。この退院支援看護師には、「退院後のケアバランスの見積力」「患者・家族との合意形成力」「退院後のケアバランスの調整力」「退院後の療養場所の移行準備力」という実践能力が備わり⁵⁾、入院前から患者と家族との関係や介護状況などを把握し、早期から患者と家族の意向に添ったより充実した在宅療養移行支援を実践することが期待されている。

一方で、在宅療養移行支援を必要とする患者とその家族は、高齢化による疾病構造の変化により退院後も病気や障害を有し、医療管理やケアが必要な高齢者が増え、高齢者のみの独居世帯や夫婦世帯が増えたことで家族介護力が低下している⁶⁾。このような状況で、患者は身体機能の低下や予後への不安を持ちながらこれまでの生活・暮らしを取り戻したい、家族は自宅で介護をするには限界であると、患者と家族との間に意向のずれが生じる。家族であるが故のお互いの意向を尊重したいという葛藤もある。このような患者と家族の意向のずれに対して、看護師はこれまでの患者とその家族の歴史や価値観を尊重しつつ、人生を共にしてきた患者・家族だからこそ納得のいく退院後の療養生活ができるように患者・家族の意向を合意形成できるよう支援していく必要がある。

しかし、病棟看護師は患者と家族と医療者のゴールにずれがあり方向性が決まらないという困難を持ち⁷⁾、患者と家族の意向の違いに対する調整は難しいと感じている^{8) 9)}。退院調整看護師もまた、本人の希望と家族の意向のどちらを優先す

べきか判断に迷いながら、本人と家族双方の折り合いをつけ、双方にとってよい選択となる支援に困難を感じていることが報告されている^{10) 11)}。特に退院後の療養場所の決定への支援が難しいことが明らかにされている¹²⁾。このような患者と家族の意向のずれに、退院支援看護師が早期から関わることによって、患者と家族が納得のいく療養場所に決定できるのではないかと考える。

退院後の療養生活に関する患者と家族との意向のずれに対する病棟看護師の支援については、患者の真意を引き出し、家族の思いや考えのずれから生じる対立への調整をすることは明らかにされている^{7) 13)}。しかし、退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれに対する退院支援看護師の支援に言及した研究は見当たらなかった。

そこで、本研究では、退院後の療養場所に関する患者と家族との間に生じた意向のずれに対して、退院支援看護師がどのような支援を行っているのかを明らかにすることを目的とする。これにより、退院支援看護師や病棟看護師が患者と家族との間に意向のずれが生じた際の支援に活用できる。

用語の定義

本研究では「意向のずれに対する支援」、「退院支援看護師」を以下のように定義する。

1. 意向のずれに対する支援

患者と家族の退院後の療養場所に対する考えがくいちがい、それに対して患者と家族の思いや考えを聴き、合意形成できるように仲立ちをする

2. 退院支援看護師

患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療を受けながら、どこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援¹⁴⁾を行う看護師

研究方法

1. 研究デザイン

研究デザインは、質的記述的研究とした。質的記述的研究は、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方法である¹⁵⁾。本研究は、患者と家族の間に生じる意向のずれに対して、退院支援看護師がどのような支援を行っているのかを語りにより明らかにすることであり、退院支援看護師の言葉による濃厚な記述によって現象の理解を伝えるために質的記述的研究を用いた。

2. 研究対象者

A県内で入退院支援加算1を取得している病院において、以下の条件を満たす退院支援看護師とした。

- ① 退院調整部門等に所属している
- ② 退院支援を専任で行っている
- ③ 2病棟に1名以上として配置されている
- ④ 患者と家族との意向のずれに対する支援の経験を語るができる

3. 研究対象者への依頼方法

地方厚生局のホームページよりA県内で入退院支援加算1を取得している病院の情報を得た。そのうち、退院調整部門等に退院支援看護師を配置している病院を機縁法により選定し、看護部長に研究の主旨・方法・倫理的配慮を文書と口頭にて説明し、4病院から研究協力の承諾を得た。4病院の看護部長から対象となる退院支援看護師2名ずつの紹介を受け、研究者から研究対象者に研究の主旨・方法・倫理的配慮を文書と口頭にて説明した。同意書は自由意思を尊重できるように研究対象者が返送した。

4. データ収集方法及び期間

データ収集は、作成したインタビューガイドに基づき、フォーカスグループインタビューにより行った。フォーカスグループインタビューを用いた理由は、複数の研究参加者のダイナミックな関わりによって語られるので、個別インタビューより深みのある情報が得られるためである¹⁶⁾。グループは4病院より各2名で計8名の研究参加者を、施設が重ならないように1グループを4名で構成し2グループとした。インタビューは、各グループに1回で、同じインタビュアーが2回とも実施した。インタビューの実施は2018年8月30日と9月3日に行った。

インタビューでは、各研究参加者に退院後の療養場所について患者と家族との間に意向のずれがあった事例を想起してもらい、「患者と家族にどのような意向のずれがあったのか、なぜ意向のずれが起きたのか、なぜ意向のずれに関わる必要があったのか、患者・家族の意向をどう受け止めたのか、具体的にどのような支援を行ったのか」を最初に一人ひとりに語ってもらった。その後他の研究参加者の話を聴き、想起された自己の具体的な支援について語ってもらった。また、安心して自由に語れる雰囲気をつくるよう配慮した。

インタビュー時間は平均65.5 (SD6.4) 分であった。

研究参加者の属性は、インタビュー前に無記名

自記式質問紙により、年齢、性別、看護師経験年数、退院支援看護師としての経験年数、在宅看護研修の有無、介護経験の有無を調査した。

5. 分析方法

面接により得られた全データを分析対象とし、逐語録を作成し、熟読した。得られたデータの中から、「患者と家族との意向のずれに対する支援」に該当する箇所を抽出し、そのデータの意味を文脈に沿って解釈し、コード化した。抽出したコードを類似性と差異性から比較検討し、コードを分類し、抽象度を上げ、カテゴリを抽出した。カテゴリ内の階層化が不動となった段階で分析を終了した。導き出されたカテゴリについて、カテゴリ全体の内容を解釈し、定義を記述した。抽出されたカテゴリを研究参加者に提示し、分析結果の真実性を確認した。

6. 倫理的配慮

研究対象者には、研究目的・方法、研究協力は自由意思であり途中辞退が可能であること、プライバシーを守り匿名性を厳守すること、インタビュー時間の拘束等の研究参加による負担を文書と口頭で説明し、署名により同意を得た。なお、本研究は石川県立看護大学倫理委員会(257号)の承認を得て実施した。

結 果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は、女性8名、平均年齢は40(34-45)歳、看護師経験年数は平均14.6(8-21)年、退院支援看護師経験年数は平均1.8(1-3)年、在宅看護研修を受けた人は3名、介護経験者はいなかった。

2. 「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する退院支援看護師の支援

「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する退院支援看護師の支援は、8カテゴリと23サブカテゴリから生成された(表1)。

退院支援看護師は、「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対して、患者には【患者の真意を引き出す】、【帰りたい患者の一端な気持ちを受け止める】という支援をしていた。患者の意向が叶わなかった場合には【本意でない患者に寄り添う】、【自宅に戻るために段階を踏むよう患者に勧める】支援をしていた。

一方、家族には【時を重ねて家族に入り込む】、【自宅に戻ることを躊躇する家族の真意をつかむ】、【家族の後押しをする】という支援をしていた。

表1 「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する退院支援看護師の支援

| カテゴリ | サブカテゴリ |
|------------------------|--|
| 患者の真意を引き出す | ゆっくりと話ができることを強調して関わる 人生の年長者として尊重し接する 時間をかけて多職種で家に帰りたい理由を聞く |
| 帰りたい患者の一途な気持ちを受け止める | 患者の家に帰りたい一心さに添う 自分の居場所を持ちながら生活したいという気持ちをわかる |
| 本意ではない患者に寄り添う | 患者と懇々と喋りつくす 患者が納得するよう話し合いを重ねる 本心と異なる選択をした患者に添う |
| 自宅に戻るために段階を踏むよう患者に勧める | 選択肢の一つになるよう患者と一緒に施設を見学する 一旦他施設に行く提案をする |
| 時を重ねて家族に入り込む | 家族が落ち着いたときに話を聞く とにかく家族の話を聴く 家族から患者との関係性を聞く 時間と回数を重ねる |
| 自宅に戻ることを躊躇する家族の真意をつかむ | 家で患者を一人にする家族の不安をわかる 家で見る怖さから踏み切れない思いをわかる 家に連れて帰りたい家族の本音を知る |
| 家族の後押しをする | 患者の意向に沿えるよう家族と何回も話し合う 家族が後悔しないよう、患者が家に帰れる提案をする 在宅スタッフからも医療・介護サービスを説明する |
| お互いの意向がわかりあえるように間を取り持つ | 自宅に帰ることの難しさを患者に伝える 家族の思いを代弁する 患者と家族の気持ちを確認しあう |

両者には【お互いの意向がわかりあえるように間を取り持つ】支援をしていた。

以下、カテゴリについて説明する。なお、カテゴリを【 】、サブカテゴリを< >、研究参加者の語りを「 」で示す。()の英数字は研究参加者のID番号を示す。

1) 【患者の真意を引き出す】

このカテゴリは、家族との意向のずれがある場合に心を開けない患者もいるために、退院支援看護師が限られた入院期間の中で患者との関係性をつくり、患者の本当の気持ちを聴きだす関わりを示している。このカテゴリは、<ゆっくりと話ができることを強調して関わる>、<人生の年長者として尊重し接する>、<時間をかけて多職種で家に帰りたい理由を聞く>の3つのサブカテゴリから生成されていた。

患者と家族との意向がずれている時に転院や転

棟を繰り返して、その度に退院支援看護師やソーシャルワーカーが変わると患者や家族との関係性を継続するのが難しく、特に意向のずれに対して一から話を伺うことになる。退院支援看護師(1-B)は患者のもとへ頻回に通い、話を聞く姿勢を示し、<ゆっくりと話ができることを強調して関わる>ことを次のように語った。

「その意向がずれているからこそ、転棟とかを繰り返していくと、やっぱり関係性を継続していくのがすごく難しくなる。心を開いてくれる人もいますけど、その人の気持ちをつかむには、実際にケアをしている看護師じゃないっていうのを私はすごいアピールして、結構頻回に通って、病棟のナースはゆっくり話が聞けなかったりするものでゆっくりお話を聞くという感じで関わっていました。やってみるとほんとにはこう思っていたけど言えなくてという話にもっていった。」

＜人生の年長者として尊重し接する＞ことで家に帰りたい思いを引き出した退院支援看護師（1-C）は、次のように語った。

「患者としてではなくて、例えば人生の年長者として、逆に教を乞うみたい、そういう会話とかになると、こう思っとることとかが引き出された。」

退院支援看護師（1-B）は、どうしても家に帰りたいと言いついた心不全の末期である患者に、＜時間をかけて多職種で家に帰りたい理由を聞く＞ことを次のように語った。

「時間かけて何で帰りたいかを、なんで家にこだわるとかを、一生懸命に病棟看護師と私とソーシャルワーカーと入れ代わり立ち代わり、家に何があるのか、家に帰って何をしなきゃいけないのかをずっと掘り掘り聞いた。ちょっと前に亡くなった旦那さんの仏壇にどうしても毎日手を合わせたいから帰りたいと。」

2) 【帰りたい患者の一途な気持ちを受け止める】

このカテゴリは、帰りたい一心でリハビリや治療に頑張る患者の思いや死を覚悟で自宅に戻りたいという患者の懸命な気持ちを支えることを示している。このカテゴリは、＜患者の家に帰りたい一心さに添う＞、＜自分の居場所を持ちながら生活したいという気持ちをわかる＞の2つのサブカテゴリから生成されていた。

自宅での家族の負担を少しでも軽減するために日常生活動作を自立できるようリハビリを頑張ってきた＜患者の家に帰りたい一心さに添う＞退院支援看護師（2-E）は次のように語った。

「浮腫が強くなってきて日常生活動作も落ちて、それでも治療してリハビリも頑張って、家に帰りたい一心でリハビリを頑張っていたので、すごい帰りたい気持ちがある。」

慢性心不全の憎悪を繰り返す患者の思いを聴いていく中で＜自分の居場所を持ちながら生活したいという気持ちをわかる＞ことを退院支援看護師（1-D）は次のように語った。

「本人の思いも聞いていく中で、やっぱりうちで自分の居場所とか、そういうのを持ちながら生活したいという気持ちがよくわかった。」

3) 【本意でない患者に寄り添う】

このカテゴリは、退院支援看護師が、家族との意向に折り合いをつけるために本心ではない選択をしなければならなくなった患者に対して、心の整理がつくまでともにいる支援を示している。このカテゴリは、＜患者と懇々と喋りつくす＞、

＜患者が納得するよう話し合いを重ねる＞、＜本心と異なる選択をした患者に添う＞の3つのサブカテゴリから生成されていた。

患者は、家族との約束で胃瘻の自己管理ができるようになったら自宅に戻れる予定であったが、家族は自己管理ができて自宅に戻るのは心配だと言いだし、本人の意向は叶わなかった。退院支援看護師（2-H）は、転院を余儀なくされた＜患者と懇々と喋りつくす＞ことを次のように語った。

「ご本人は自分で家に帰りたいっていう意思をしっかり持っていて、これだけ（胃瘻）管理しているのに帰せないって息子さんたちが、結局、懇々と本人と喋りつくして、一旦、病院に移って、自分で何もかもできるようにもう少し鍛えてから帰るっていう選択をして」

家族はずっと患者に尽くしてきて限界にきており施設という選択をし、患者は家に帰れないという選択肢はない。そのために、退院支援看護師（2-F）は＜患者が納得するよう話し合いを重ねる＞ことを次のように語った。

「家族の間で何回も話し合いをして、病棟看護師とも話し合いをして、話し合いを重ねて、結局、本人は不一致という状態から（意向が）ずれている状態から、本人さんも納得して一応施設に行くってことが決まって」

家族の介護の限界から施設に入所することになり、＜本心と異なる選択をした患者に添う＞退院支援看護師（2-F）は次のように語った。

「奥さんもずっと尽くしてきた方だったけどもう限界がきて、自宅で生活するのは覚悟がないと難しいかなと。でも家に帰りたい本人の気持ちもすごくわかるし、転院すると患者さんは決めたけど、その時は患者さんも涙するから一緒に私も涙して、最後まで寄り添ってあげたいなって。」

4) 【自宅に戻するために段階を踏むよう患者に勧める】

このカテゴリは、患者と家族の双方が納得できるように「施設」という段階を経て、患者が自宅に戻れるように進める支援を示している。このカテゴリは、＜選択肢の一つになるよう患者と一緒に施設を見学する＞、＜一旦他施設に行く提案をする＞の2つのサブカテゴリから生成された。

退院支援看護師（1-B）は、施設が退院後の療養場所の＜選択肢の一つになるよう患者と一緒に施設を見学する＞ことを次のように語った。

「こんないいことがあるよとか、この前、私行ってきかると言う患者さんが行ってみよかな

と言って、患者さんと外出して一緒に施設見学に行かせてもらって、嫌だと言っていたのに、行くかなって言って」

退院支援看護師（2-G）は、患者の家に帰りたい思いを受け止めつつ、一旦施設に入所し、自宅を目指すように「一旦他施設に行く提案をする」ことを次のように語った。

「退院可能な時期にせん妄や日常生活動作が低下したということで、本人は帰りたいと言っていたけど、ご本人には一旦施設、看護小規模多機能に一回入ってもらって、一回練習しながら、家を目指して行ったり来たりしようと提案した。」

5) 【時を重ねて家族に入り込む】

このカテゴリは、退院支援看護師が短期間に家族に踏み入る難しさを感じながらも、家族と話ができるタイミングや話を聞くことで家族の心配な部分を明らかにしたり、家族から患者との関係性を聞くことで家族の内部に入るなど時間と回数をかけて家族に踏み入るための支援を示している。このカテゴリは「家族が落ち着いたときに話を聞く」、
「とにかく家族の話を聴く」、
「家族から患者との関係性を聞く」、
「時間と回数を重ねる」の4つのサブカテゴリから生成されていた。

何も話さなかった家族が興奮して急に「家に連れて帰る」と言い出し、退院支援看護師（1-B）は、家族を落ち着かせ、「家族が落ち着いたときに話を聞く」ことで家族に入っていくことを次のように語った。

「奥さんはもう帰る、大丈夫、何とかなるからみたいな感じで、患者さんと一回離れてもらって、奥さんちょっと落ち着いて、奥さんの落ち着いた状態で話を聞いて。そこで奥さんに、もう一回明日、様子見に来てもいいかと聞いて」

退院支援看護師（1-C）は、「とにかく家族の話を聴く」ことで、心配な部分を明らかにして家族に入ることを次のように語った。

「とにかく奥さんの話を聴く、姿を見かけたら声をかける、ちょっとでも聞くって感じ、そうすると不思議に奥さんって色々教えてくれて『ありがとう』と言うので、なんか聞くだけ、聞く聞く、なんかどれだけ聴くっていうくらい、そのうち具体的な心配な部分がはっきりしてきて。」

家族の内部に入るために「家族から患者との関係性を聞く」ことを退院支援看護師（1-D）は、次のように語った。

「次女さんも『私は優柔不断だから』と本人に強くは言えなくて、今まで思うように好きなよ

うにさせてきたので、こうした方がいいんじゃないかっていう提案もなかなか強くは言えなくて。」

家族に踏み込んでいくことに困難を抱えながらも「時間と回数を重ねる」ことで、家族に踏み入る退院支援看護師（1-A）は次のように語った。

「その短期で家族のどこまで踏み入っていいかっていうところがすごく難しく、あまり土足でどこまでも入ってはいけない時もあったので、その辺は最初距離を置きながら、いっぺんには心を開いてはくれないとは思うので、その辺もちょっとずつちょっとずつ、時間と回数を重ねて。」

6) 【自宅に戻ることを躊躇する家族の真意をつかむ】

このカテゴリは、家族が患者を自宅に戻したいという本音と、家で見て、症状が悪化しないか心配であったり、家に患者を一人にする不安があることから、患者が自宅に戻ることのために家族の本心を理解する支援を示している。このカテゴリは、「家で患者を一人にする家族の不安をわかる」、
「家で見る怖さから踏み切れない思いをわかる」
「家に連れて帰りたい家族の本音を知る」の4つのサブカテゴリから生成されていた。

退院支援看護師（1-A）は、「家で患者を一人にする家族の不安をわかる」ことを次のように語った。

「息子さんの気持ちとしては、見れん、家で（患者が）一人で何かあったらどうするという思いであったことがわかって。」

退院支援看護師（1-C）は、家族の「家で見る怖さから踏み切れない思いをわかる」ことを次のように語った。

「奥さんはやっぱり怖くて、家に帰ってすぐに具合が悪くなってまた予後を短くしてしまうのではないかとずっと躊躇っていて、家に帰ったら自分らがしないといけないから、どう判断していいかわからなくて、そういう不安とか怖さみいたのがあってなかなか踏み切れないみたい。」

退院支援看護師（1-B）は、「家に連れて帰りたい家族の本音を知る」ことを次のように語った。

「奥さんがずっと帰りたいと言う姿を一晩中傍で見て、やっぱり家からの景色をこの人にも見せてあげたいと思って、奥さんが本人に帰るかって聞いたらすごい嬉しそうな顔して『うん』って言ったし、あの顔見たら家に連れて帰りたいと思ったと話して、そこで奥さんの本音がわかって。」

7) 【家族の後押しをする】

このカテゴリは、患者が自宅に戻れるように家族の心配や不安が解決できる方法を提案するなど、家族が患者の意向に沿わないことで後悔しないように背中を押す支援を示している。このカテゴリは、＜患者の意向に沿えるよう家族と何回も話し合う＞、＜家族が後悔しないよう、患者が家に帰れる提案をする＞、＜在宅スタッフからも医療・介護サービスを説明する＞の3つのサブカテゴリから生成されていた。

患者の家に帰りたいたいという思いを踏まえ、＜患者の意向に沿えるよう家族と何回も話し合う＞退院支援看護師（1-A）は、次のように語った。

「息子さんは帰ってきたら困ると、本人は早く帰りたい。息子さんの気持ちとしては一人でみれない、何かあったらどうするって、結構1週間に1回くらい面談して、時間外に残っている話を聞いたけど。私たちがここまで準備するからうちに帰れないか一つずつ提案したり、実際に在宅スタッフに来てもらって、こうやって助けてもらえるよと説明してもらって」

家族との話し合いの中で、＜家族が後悔しないよう、患者が帰れる提案をする＞退院支援看護師（2-H）は、次のように語った。

「話し合いの中で、もう歳が歳なので、今帰らないと帰れないかもしれない。ご本人さんは自分で家に帰りたいたいという意志はしっかりしていて、自分で歩けるし、胃瘻の管理もこれだけ自分で管理している。今帰れなかったら帰れないかもしれないと話して。」

退院支援看護師（1-C）は、家族にケアマネジャーや訪問看護師などの＜在宅スタッフからも医療・介護サービスを説明する＞ことを次のように語った。

「奥さんがなかなか受け入れられないのがあって、訪問看護師さんに来てもらって、24時間のスケジュールを確認して、着替えや移動させるのが奥さん一番負担と言うので、しなくてもいい方法を説明してもらって。」

8) 【お互いの意向がわかりあえるように間を取り持つ】

このカテゴリは、患者の家に帰りたいたい思いを踏まえつつ、患者に病状から自宅に戻るの難しいと伝えたり、家族もまた患者を自宅に戻したいと思っていると代弁するなど患者と家族の退院後の療養場所に対する意向を確認し合えるように間に入る支援を示している。このカテゴリは、＜自宅に帰ることの難しさを患者に伝える＞、＜家族の

思いを代弁する＞、＜患者と家族の気持ちを確認しあう＞の3つのサブカテゴリから生成されていた。

退院支援看護師（1-D）は、＜自宅に帰ることの難しさを患者に伝える＞、＜家族の思いを代弁する＞、＜患者と家族の気持ちを確認しあう＞ことを次のように語った。

「血中酸素飽和度が下がるし、トイレ行くのにもハアハアしているし、この状態で帰っても、きっとお父さんも負担だろうし、呼ばれる娘さんも多分負担になる。自分の居場所とかそういうのを持ちながら生活したいという気持ちはわかるし、その気持ちを汲んで、娘さん、先々は自分の環境を整えてから向かい入れたいと思っていますよというのを代弁しながら、そこで間に入って、娘さんはこういう気持ちを抱えておいでるよっていうようなことをちょっと間に入りながら、お互いの気持ちを確認し合った。」

考 察

「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する退院支援看護師の支援の特徴と本研究結果を踏まえて、さらに患者の意向を叶えるための退院支援看護師の支援への示唆について考察する。

1. 「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する退院支援看護師の支援の特徴

1) 患者の意向を中心に据えて支援する

退院支援看護師は、退院後の療養場所に関する患者と家族との間に生じる意向のずれがある場合においても、常に患者の意向を中心に据えて支援していた。それは、【帰りたい患者の一途な気持ちを受け止める】ことをし、家族に対して＜患者の意向に沿えるよう家族と何回も話し合う＞、＜家族が後悔しないよう、患者が帰れる提案をする＞など患者の意向を支援の中心に据えて進めていたからである。また、患者の意向が叶わなかったとしても、先を見据えて【自宅に戻るために段階を踏むよう患者に勧める】ことをし、患者の意向を次の段階で叶えようとしていた。豊田・八代¹⁷⁾も、退院支援看護師が支援の方向性を示すときの意思決定の拠り所は“患者の思い”であると述べ、湯浅・三宅・森本¹⁸⁾もまた、患者の思いを最も大切にしながら支援の方向性を探ると報告している。

在宅療養移行支援は患者が生活の場、住み慣れた暮らしの場に戻る支援であり、患者の意向を叶

えることが目的である。それ故に、退院支援看護師は患者の意向を中心に据えて支援をしている。

患者もまた家族の構成員であり、家族への介護負担と自己の意向の狭間で揺れ動く。退院支援看護師は、そのような患者の感情も受け止めつつ、家族に介護負担がないよう、患者の意向を実現できるように支援していく必要がある。

2) 躊躇する家族の真意をつかみ、患者の意向を叶える糸口を見つける

退院支援看護師は、配置された病棟の退院困難患者の早期抽出をし、その退院困難患者に関わる役割を担っている。近年は、家族構成や社会・経済情勢の変化により、患者を支える家族の力が減少しているといわれており¹⁹⁾、家族が医療機関に來ない、身内がいても疎遠になっているなど家族関係が難しく⁸⁾、退院調整看護師もキーパーソンとなる家族を見つけ関係性を築くことが困難であると報告されている¹⁰⁾。このような家族状況も踏まえ、退院後の療養場所に関して患者と家族との意向のずれがあるからこそ、退院支援看護師は短い入院期間で家族にどこまで踏み入っているのかという困難さを感じながら、【時を重ねて家族に入り込む】ことをしている。家族関係を壊すことのないように、最初は距離を置きつつ、踏み入れ方を模索しながら時間と回数を重ねて家族に踏み入る。また、家族の話を聴くことで心配な部分を明らかにし、患者が【自宅に戻ることを躊躇する家族の真意をつかむ】ことをしている。家族は退院前には療養者よりも多岐にわたる不安を抱き²⁰⁾、やり場のない思いを誰かに聞いてもらいたいと思いつつも、自分の感情を表出できずに退院の準備をしているといわれている²¹⁾。退院支援看護師は、家族の心情を踏まえつつ、とにかく家族の話を聴くという行為を繰り返したことで家族の真意に迫られたのではないかと考える。さらに、この真意をつかむことで患者の意向を叶える糸口を見つけつけていた。それは、〈家で患者を一人にする家族の不安をわかる〉、〈家で見る怖さから踏み切れない思いをわかる〉ことで、〈家族が後悔しないよう、患者が家に帰れる提案をする〉、〈在宅スタッフからも医療・介護サービスを説明する〉という患者の意向を叶えるために【家族の後押しをする】ことをしているからである。家族の真意をわかるだけにとどまらず、解決の糸口を見つけ家族の後押しをできるのは、在宅療養移行支援に関する知識をもち、在宅ケア提供者と連携して退院後の療養環境を準備できる退院支援看護師⁶⁾だ

からできる家族への支援であると考えられる。

今後は、さらに退院支援看護師が短期間で【自宅に戻ることを躊躇する家族の真意をつかむ】には、病棟看護師や在宅ケア提供者が家族に関わって知り得た在宅療養に関する家族の思いや考え、患者と家族との関係などの情報を密に共有し、ともに家族の真意に迫ることも必要である。このことで、早期に患者の意向と家族の意向のずれを調整できる、つまり患者の意向を少しでも叶えられる方策を見つけることが可能になると考える。

3) お互いの意向がわかりあえるように間を取り持つ

退院支援看護師は、【お互いの意向がわかりあえるように間を取り持つ】ことをしていた。これは、退院支援看護師が家族ひとり一人の意向に耳を傾け、患者には自己の置かれている状況を正しく認識してもらうために〈自宅に帰ることの難しさを患者に伝える〉、〈家族の思いを代弁する〉ことをし、〈患者と家族の気持ちを確認しあう〉という患者と家族がお互いの意向を理解し合い、折り合いをつけていくための支援である。患者と家族がお互いに退院後の生活をどのようにイメージし、療養場所を選択しているか確認し合うことが重要となる。湯浅・三宅・森本¹⁸⁾も、退院支援看護師が在院日数短縮の中で、患者と家族が納得できるゴールを目指すためには患者の意向と家族の意向のすり合わせをいかに的確に行えるかが重要であると述べている。また、吉田²²⁾は、「家族」という関係から生じる介護の責任と個人の自己実現とが競合し、家族として統一した意思決定を行うことは難しくなると述べ、病棟看護師は患者と家族との意向の違いを調整するのは難しいと感じている⁸⁾と報告されている。これらから、【お互いの意向がわかりあえるように間を取り持つ】支援は退院支援看護師が担う重要な支援の一つであると考えられる。

さらに、野嶋²³⁾は、看護師は、常に患者と家族に対する自らの感情や距離を意識し、家族員を尊重し、中立な立場を保ち続けることが患者と家族の合意形成を支える基盤として重要であると述べている。退院支援看護師は療養の主体者である患者の意向を中心に据えつつも、その家族の意向も受け止め、中立的な立場で患者と家族が折り合いをつけられるよう間を取り持つという支援をすることが重要であると考えられる。

2. 患者の意向を叶えるための退院支援看護師の支援への示唆

本研究結果では、退院支援看護師は、患者と家族の退院後の療養場所の決定を尊重しつつも、患者の意向が実現できない場合は、【自宅に戻るために段階を踏むよう患者に勧める】こととして、＜一旦他施設に行く提案をする＞＜選択肢の一つになるよう患者と一緒に施設を見学する＞ことをしていた。吉田²⁰⁾は、家族看護の経験のある看護師は、家族の介護をあてにしなくても、患者が家族の介護を受けなくてもよい状態、あるいは最小限の介護で済む状態に回復すれば自宅に帰ることができることを考えつくようになると述べている。短期間の在宅療養移行の準備では、家族の心も含めた準備を整えるためにも「施設」という段階を置くことは必要である。退院支援看護師も葛藤しながら、できるだけ患者に寄り添いながら、患者と家族の意向をすり合わせるために「施設」という支援を提供していると考えられる。

退院支援看護師は、患者の意向が叶えられるように、患者の在宅療養生活とその家族の生活が成り立つ方法を創造できる力をつけていく必要がある。そのためにも、さらに最新かつその地域での在宅ケアを継続できるシステムや社会資源を常に把握するとともに、それを活用した経験を重ねることが重要である。また、これらの学習ができる支援体制を構築することも必要である。

3. 本研究の限界と課題

本研究の研究参加者である退院支援看護師は、2016年に「退院支援加算」が新設された初期の段階で退院支援看護師となった者で平均経験年数が1.8年である。退院支援看護師としての役割を模索している時期での支援内容であり、「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する支援全般を示すには限界がある。

「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する支援においては、看看連携が重要である。今後は、退院支援看護師と病棟看護師、在宅ケアを担う看護師がどのような連携を行っているのかを明らかにしていきたい。

結 論

本研究は、「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対する退院支援看護師の支援を明らかにし、以下の結論を得た。

退院支援看護師は、「退院後の療養場所に関する患者と家族との意向のずれ」に対して、患者には【患者の真意を引き出す】、【帰りたい患者の一人途な気持ちを受け止める】という支援をしていた。

患者の意向が叶わなかった場合には【本意でない患者に寄り添う】、【自宅に戻るために段階を踏むよう患者に勧める】支援をしていた。

一方、家族には【時を重ねて家族に入り込む】、【自宅に戻ることを躊躇する家族の真意をつかむ】【家族の後押しをする】という支援をしていた。

両者には【お互いの意向がわかりあえるように間を取り持つ】支援をしていた。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、快くインタビューにご協力いただきました各病院の看護部長様、退院支援看護師の皆様に深く感謝いたします。

利益相反

本研究における利益相反はない。

文 献

- 1) 丸岡直子, 石川倫子, 中嶋知世, 他: 在宅療養移行支援において患者・家族との対話を可能にする病院看護師の行動, 石川看護雑誌, 18, 61-72, 2021
- 2) 宇都宮宏子, 山田雅子編: 看護がつながる在宅療養移行支援 病院・在宅の患者像別看護ケアのマネジメント, 日本看護協会出版会, 2, 東京, 2014
- 3) 厚生労働省: 平成28年度診療報酬改定の概要 [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115977.pdf>], 厚生労働省, 11. 14. 2018
- 4) 厚生労働省: 平成30年度診療報酬改定の概要 [オンライン, https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikan-shitsu_Shakaihoshoutantou/0000203227.pdf], 厚生労働省, 11. 14. 2018
- 5) 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代, 他: 退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発, 日本看護学会誌, 33(3), 3-13, 2013
- 6) 戸村ひかり, 永田智子, 竹内文乃, 他: 日本の病院における退院支援看護師の実施状況 - 2010年と2014年の全国調査の結果を比較して -, 日本看護学会誌, 37, 150-160, 2017
- 7) 藤澤まこと, 渡邊清美, 加藤由香里, 他: 退院支援の質向上に向け病棟看護師が取り組む課題の検討, 岐阜県立看護大学紀要, 20(1), 145-155, 2020

- 8) 藤村史穂子, 上林美保子, 蘇武彩加, 他: 退院支援・退院調整に関わる医療機関の看護職が感じる困難と対処, 岩手県立大学看護学部紀要, 17, 1-12, 2015
- 9) 黒江ゆり子, 藤澤まこと, 普照早苗, 他: 県内医療施設における退院調整の実態, 岐阜県立看護大学紀要, 5(1), 109-115, 2005
- 10) 原田かおる, 松田千登勢, 長畑多代: 急性期病院の退院調整看護師が感じている高齢者の退院支援における困難, 老年看護学, 18(2), 67-75, 2014
- 11) 藤澤まこと, 渡邊清美, 加藤由香里, 他: 利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成システムの構築(第1報), 岐阜県立看護大学紀要, 19(1), 87-98, 2019
- 12) 影山葉子, 浅野みどり: 家族への退院支援に関する国内文献レビュー(第1報) - 退院における家族への意思決定支援に焦点を当てて -, 家族看護学研究, 20(2), 93-105, 2015
- 13) 石川倫子, 丸岡直子: 患者・家族に対する在宅療養移行支援における病棟看護師の臨床判断, 看護実践学会誌, 30(2), 4-11, 2018
- 14) 宇都宮宏子, 山田雅子編: 看護がつながる在宅療養移行支援 病院・在宅の患者像別看護ケアのマネジメント, 日本看護協会出版会, 11, 東京, 2014
- 15) 北素子, 谷津裕子: 質的研究の実践と評価のためのサブストラクション, 医学書院, 27-48, 東京, 2009
- 16) 安梅勅江: ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法 科学的根拠に基づく質的研究法の展開, 医歯薬出版株式会社, 1-12, 東京, 2010
- 17) 豊田智子, 八代利香: 高齢者の退院に関わる退院調整・支援看護師の意思決定の拠り所, 日本看護倫理学会誌, 7(1), 17-25, 2015
- 18) 湯浅香代, 三宅茉里奈, 森本美智子: 退院支援看護師の「患者にとってよい」退院支援を目指す思考過程, 日本看護研究学会雑誌, 2019. doi:10.15065/jjsnr.20190807063, 9.24.2020
- 19) 永田智子: 退院支援の歴史と制度的な背景, 宇都宮宏子監修, 退院支援ガイドブック, 学研メディカル秀潤社, 21-25, 東京, 2015
- 20) 平松瑞子, 中村裕見子: 療養者とその家族の退院に関連する療養生活への不安, 大阪府立大学看護学部紀要, 16(1), 9-19, 2010
- 21) 野嶋佐由美: 退院という課題に取り組む家族への看護のあり方, 家族看護, 2(1), 6-15, 2004
- 22) 吉田千文: 退院に向けた家族看護における看護師のジレンマ, 家族看護, 2(1), 22-30, 2004
- 23) 野嶋佐由美: 家族の意思決定を支える看護のあり方, 家族看護, 1(1), 28-35, 2003

研究報告

看護師の職業的アイデンティティが ワーク・エンゲイジメントへ及ぼす影響

Effects of Nurses' Professional Identity on Work Engagement

田中 美帆¹⁾, 三吉 友美子²⁾

Miho Tanaka¹⁾, Yumiko Miyoshi²⁾

¹⁾ 中部大学生命健康科学部保健看護学科, ²⁾ 藤田医科大学保健衛生学部看護学科

¹⁾ Department of Nursing College of Life and Health Sciences Chubu University

²⁾ Faculty of Nursing, School of Health Sciences, Fujita Health University

キーワード

看護師, 職業的アイデンティティ, ワーク・エンゲイジメント, 離職

Key words

nurse, professional identity, work engagement, turnover

要 旨

目的：看護師の職業的アイデンティティがワーク・エンゲイジメントへ及ぼす影響を明らかにする。方法：A県内の病院に勤務し日々患者に直接看護実践を行う看護師945名を対象に、2019年6月～8月に無記名自記式質問調査票を用いて郵送法により調査した。調査内容は、看護師の職業的アイデンティティ、ワーク・エンゲイジメント、属性とした。属性による各尺度得点の有意差をみたうえで、強制投入法による重回帰分析を行った。結果：有効回答は456名であった（有効回答率48.2%）。女性では、職業的アイデンティティ下位尺度すべてで有意な影響がみられた。さらに「看護職の選択と成長への自信」は41歳以上で、「看護観の確立」は26歳～40歳で、有意な影響を示した。結論：女性看護師の職業的アイデンティティはワーク・エンゲイジメントへ年齢により異なる影響を及ぼすことが示唆された。

Abstract

Objective: To clarify the effect of nurses' professional identity on work engagement. Method: From June to August 2019, using an anonymous self-administered questionnaire sent by mail, we surveyed 945 nurses working at hospitals in A prefecture and providing direct nursing care. The questionnaire

連絡先：田中 美帆

中部大学生命健康科学部保健看護学科

〒487-8501 愛知県春日井市松本町1200番地

included items related to nurses' professional identity, work engagement, and background. After the significant difference of each scale score by the age attribute was seen, the multiple regression analysis by the forced input method was carried out. Results: We received 456 valid responses (valid response rate: 48.2%). For women, all professional identity subscales showed a significant effect. Furthermore, "confidence in the selection and growth of nurses" was only for those aged 41 and over, and "establishment of view of nursing" was only for those aged 26-40, showing a significant effect. Conclusion: The results suggest that female nurses' professional identity has different age-related effects on work engagement.

はじめに

団塊の世代が後期高齢者となる2025年には看護師数が3万～13万人不足すると推定されている¹⁾。高齢社会に対応するためには、看護師の人材確保が急務であるといえる。看護師の離職率は2010年以降2019年度まで横ばいに推移し、2019年度では10.7%であった²⁾。このことから、さらなる高齢社会に向け看護師を確保するためには、看護師の離職率低下への取り組みが不可欠であるといえる。

尾野³⁾が企業に勤める人を対象に離職意思とワーク・エンゲイジメントの高低を比較した研究では、ワーク・エンゲイジメントが高い人ほど離職意思が低いとされている。ワーク・エンゲイジメントは、活力、熱意、没頭によって特徴づけられ、特定の対象、出来事、個人、行動などに向けられた一時的な状態ではなく、仕事に向けられた持続的かつ全般的な感情と認知である⁴⁾、と定義されている。すなわち、ワーク・エンゲイジメントとは、仕事からやりがいを感じポジティブで充実した心理的状态を示しており、仕事を継続するためにはワーク・エンゲイジメントを高めていく必要があるといえる。また、高橋⁵⁾が看護師を対象に離職意思と職業的アイデンティティの関連を調査した研究では、看護師の職業的アイデンティティが高い人ほど離職意思が低いとされている。アイデンティティは、過去から将来にわたる連続性の感覚と、いかなる自己も自分自身であるという斉一性の感覚による「〇〇としての自分」の明確化である⁶⁾。このことから、看護師の職業的アイデンティティは、日々の看護実践を通して獲得した連続性と斉一性の感覚によって「看護師としての自分」を明確化していることであると考えられる。看護師の職業的アイデンティティは、日々の看護実践の経験や他の看護師の看護観にふれることで、看護師としての価値を認識し、自己の看護観を確立させていく中で形成されていく⁷⁾。すなわち看護師の職業的アイデンティティは、患者

や他の看護師との関わりを通して看護に対する考え方に影響を受け、理想とする看護師像を把握しながら日々の看護実践を繰り返す中で確立していくものといえる。落合ら⁸⁾によると、看護師の職業的アイデンティティには、「看護職の選択と成長への自信」、「看護観の確立」、「看護師として必要とされていることへの自負」、「社会への貢献志向」がある。これらに含まれる自信や自負などがワーク・エンゲイジメントに影響を及ぼしているのではないかと推測されるが、その関係は明らかにされていない。看護師の職業的アイデンティティのワーク・エンゲイジメントへの影響が明らかとなれば、看護師の職業的アイデンティティを高めることによって生き活きとやりがいや誇りを感じながら職業を継続することができると考えた。そこで、看護師の職業的アイデンティティがワーク・エンゲイジメントに及ぼす影響が明らかにすることを目的とした。

研究目的

看護師の職業的アイデンティティがワーク・エンゲイジメントに及ぼす影響を明らかにすることを目的とする。

用語の定義

看護師の職業的アイデンティティ：Ericson. E. H. のアイデンティティの概念に基づき、「看護師としての自分」を明確化していることとした。

ワーク・エンゲイジメント：仕事に誇りややりがいを感じ、熱心に取り組み、仕事から活力を得て生き活きとしている状態とした。

研究方法

1. 調査対象

病床規模別病院数の割合が全国の割合と近似しており、離職率や看護師数においても全国平均である²⁾ A県内のすべての病院163施設に研究協力

を依頼し、そのうち同意の得られた42施設で日々患者に直接看護実践を行っている看護師945名を対象とした。

2. 調査期間

2019年6月～8月

3. 調査方法

郵送法による無記名自記式質問紙調査をした。研究協力の承諾が得られた42施設に対し、各施設に勤務する看護師数の3割程度の質問調査票を送付し、特定の年齢や病棟に偏ることがないように質問調査票の配布を依頼した。回収は、対象者が個別に投函する方法を用いた。

4. 調査内容

調査内容は、看護師の職業的アイデンティティと、ワーク・エンゲイジメント、属性とした。

1) 看護師の職業的アイデンティティ

看護師の職業的アイデンティティの調査には、Ericsonのアイデンティティの概念に基づいて藤井ら⁹⁾が作成した医療系学生における職業的アイデンティティ尺度を、落合ら⁸⁾が看護師用に修正した4下位尺度20項目からなる「看護師の職業的アイデンティティ尺度」を用いた。本尺度の下位尺度は、看護師を選択したことへの確信や医療職に対する自己一致した感覚を示す「F1 看護職の選択と成長への自身」、看護のあり方について自分自身の考え方や価値観を示す「F2 看護観の確立」、看護師としての自分が患者や医療現場に必要とされていることへの自負心を示す「F3 看護師として必要とされることへの自負」、将来に向かって看護師として患者の願いに応え医療現場や社会に貢献していきたいという志向性を示す「F4 社会への貢献志向」から成る。対象者には、各項目に対して5件法（「1. 全く当てはまらない」から「5. 非常に当てはまる」）で回答を求め、点数が高いほど職業的アイデンティティが高いことを意味する。尺度得点の範囲は20点～100点で、下位尺度得点の範囲は5点～25点である。また、本尺度は信頼性と妥当性が確認されている⁸⁾。尺度使用にあたっては、作成者に使用許諾を得た。

2) ワーク・エンゲイジメント

ワーク・エンゲイジメントは、Schaufeli et al.⁴⁾が作成し島津ら¹⁰⁾によって邦訳された、ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度（以下「UWES」と記す）を用いた。UWESは、活力、熱意、没頭といった内容で構成された17項目からなり、原版および日本語版で信頼性と妥当性が確認されている。なお本尺度は、学術研究の目的で

あれば自由に使用することが認められている。対象者には、各項目に対して7件法（「0. 全くない」から「6. いつも感じる」）で回答を求め、点数が高いほどワーク・エンゲイジメントが高いことを意味する。尺度得点の範囲は0点～102点である。

3) 属性

属性は、先行研究^{8) 11-13)}において、看護師の職業的アイデンティティおよびワーク・エンゲイジメントとの関連を認めた属性を参考にし、6項目（年齢、性別、看護師としての経験年数、看護の最終学歴、病院規模、所属部署）について回答を求めた。

5. 分析方法

看護師の職業的アイデンティティ尺度の総得点および下位尺度得点、UWESの総得点について差の検討を、2群間比較ではstudentのt検定、3群間以上の比較では一元配置分散分析を用いて検定した。Pearsonの積率相関係数を用いて、看護師の職業的アイデンティティとワーク・エンゲイジメントの関連について検討した。そのうち看護師の職業的アイデンティティのワーク・エンゲイジメントへの影響をみるために、看護師の職業的アイデンティティ尺度の総得点を独立変数、UWESの総得点を従属変数として単回帰分析を行った。その後、属性によって差のあった、看護師の職業的アイデンティティ尺度の総得点および下位尺度得点、UWESの総得点ごとに、看護師の職業的アイデンティティの下位尺度得点を独立変数、UWESの総得点を従属変数として強制投入法による重回帰分析を行い各独立変数の影響度を比較した。また、重回帰式が有効か否かを分散分析の結果から判断した。データの分析には、IBM SPSS Statistics Base Grad Pack Ver.25を使用し、有意水準は5%未満とした。

6. 倫理的配慮

研究協力を依頼した病院の看護責任者に対し、研究内容の説明を文書で行い、返信用葉書を用いて研究への参加の承諾を得た。対象者に対して、プライバシーの保護や、回答しない場合でも不利益を受けることはないこと、質問調査票の同意欄のチェックをもって研究への同意とみなすこと、質問調査票は無記名であるため所属病院や個人が特定されることはないことを、文書を用いて説明した。本研究は、藤田医科大学医学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号HM18-502）。

結 果

質問調査票を配付した945名中、488名より回答を得た（回収率51.6%）。そのうち、回答に欠損がない456名分のデータを、統計解析に使用した（有効回答率48.2%）。

看護師の職業的アイデンティティ尺度総得点の歪度は-0.14、尖度は0.04であり、UWES総得点の歪度は0.22、尖度は0.08であった。さらにそれぞれの尺度総得点のヒストグラムから、正規分布を大きく逸脱していないことを確認した。

1. 属性

対象者が勤務していた病院は、20床～99床が96名（21.1%）、100床～199床が149名（32.7%）であり、200床以下で半数を占めていた。300床～399床、400床～499床は数%であり、500床以上は

18.2%であった。対象者が所属している部署・診療科は、病棟が349名（76.6%）と大半を占めていた。性別は、女性が416名（91.2%）と大半を占め、男性は39名（8.6%）であった。年齢構成は、20歳～40歳で53.9%を占め、41歳～60歳では43.9%、60歳以上では2.0%であった。看護師としての経験年数（以下経験年数とする）は、5年以下および6年～10年は約30%程度であった。看護の最終学歴は、専門学校が333名（73.0%）と最も多く、ついで大学が50名（11.0%）であった。大学院（修士課程・博士前期課程）は4名（0.9%）であった（表1）。

2. 尺度得点

看護師の職業的アイデンティティ総得点の平均値は67.21±10.49（平均値±標準偏差）であった。

表1 属性

| | | | | n=456 | | | |
|-------------|-----------|-----|------|----------------|----------------|-------|------|
| 項 目 | 項目の範囲・種類 | 人数 | % | 項 目 | 項目の範囲・種類 | 人数 | % |
| 年 齢 | 20歳～25歳 | 66 | 14.5 | 性 別 | 男性 | 39 | 8.6 |
| | 26歳～30歳 | 80 | 17.5 | | 女性 | 416 | 91.2 |
| | 31歳～35歳 | 44 | 9.6 | | 無回答 | 1 | 0.2 |
| | 36歳～40歳 | 56 | 12.3 | 看護の最終学歴 | 専門学校 | 333 | 73.0 |
| | 41歳～45歳 | 66 | 14.5 | | 大学 | 50 | 11.0 |
| | 46歳～50歳 | 57 | 12.5 | | 短期大学 | 34 | 7.5 |
| | 51歳～55歳 | 50 | 11.0 | | 5年一貫校 | 21 | 4.6 |
| | 56歳～60歳 | 27 | 5.9 | | 専攻科 | 10 | 2.2 |
| | 60歳以上 | 9 | 2.0 | | 大学院（修士・博士前期課程） | 4 | 0.9 |
| | 無回答 | 1 | 0.2 | | 大学院（博士後期課程） | 0 | 0.0 |
| 看護師としての経験年数 | 5年以下 | 93 | 20.4 | | その他 | 3 | 0.7 |
| | 6年～10年 | 83 | 8.2 | | 無回答 | 1 | 0.2 |
| | 11年～15年 | 62 | 13.6 | | 現在所属している部署・診療科 | 内科系病棟 | 133 |
| | 16年～20年 | 68 | 14.9 | 外科系病棟 | | 93 | 20.4 |
| | 21年～25年 | 61 | 13.4 | 外来 | | 39 | 8.6 |
| | 26年～30年 | 37 | 8.1 | 地域包括ケア病棟 | | 36 | 7.9 |
| | 30年以上 | 51 | 11.2 | 集中治療室 | | 31 | 6.8 |
| | 無回答 | 1 | 0.2 | 精神科病棟 | | 29 | 6.4 |
| 勤務している病院の規模 | 20床～99床 | 96 | 21.1 | 混合病棟 | | 23 | 5.0 |
| | 100床～199床 | 149 | 32.7 | 手術室 | | 20 | 4.4 |
| | 200床～299床 | 80 | 17.5 | 回復期リハビリテーション病棟 | | 19 | 4.2 |
| | 300床～399床 | 25 | 5.5 | 小児科病棟 | | 14 | 3.1 |
| | 400床～499床 | 21 | 4.6 | 救命センター | 8 | 1.8 | |
| | 500床以上 | 83 | 18.2 | 緩和ケア病棟 | 2 | 0.4 | |
| | 無回答 | 2 | 0.4 | その他 | 8 | 1.8 | |
| | | | | 無回答 | 1 | 0.2 | |

看護師の職業的アイデンティティ下位尺度得点をみると、最も高かったのは「F4 社会への貢献志向」 17.71 ± 2.74 であり、ついで「F1 看護職の選択と成長への自信」 17.53 ± 3.38 、「F2 看護観の確立」 16.59 ± 3.40 、最も低かったのは「F3 看護師として必要とされていることへの自負」 15.39 ± 3.10 であった。UWES総得点の平均値は 46.57 ± 14.94 であった。

属性による尺度得点の違いをみると、性別では、看護師の職業的アイデンティティ下位尺度「F1 看護職の選択と成長への自信」のみで有意差がみられ ($p = .004$)、男性の平均値 (16.0 ± 4.18) に比べ女性の平均値 (17.7 ± 3.27) の方が高かった。年齢では、看護師の職業的アイデンティティ総得点 ($p = .031$)、「F1 看護職の選択と成長への自信」 ($p = .003$)、「F2 看護観の確立」 ($p = .001$) で有意差がみられた。またUWES総得点でも有意差 ($p = .006$) がみられた (表2)。経験年数では、看護師の職業的アイデンティティ総得点 ($p = .043$)、「F1 看護職の選択と成長への自信」 ($p = .002$)、「F2 看護観の確立」 ($p = .001$)、さらにUWES総得点でも有意差 ($p = .001$) がみられ (表3)、年齢による差と同様の傾向がみられた。また年齢と経験年数の間に高い相関がみられ ($r = .648$)、年齢ともに経験年数の上昇がみられた。

勤務している病院の規模、看護の最終学歴、現在所属している部署・診療科では、尺度得点の違いに有意差はみられなかった。

3. 看護師の職業的アイデンティティがワーク・エンゲイジメントへ及ぼす影響

看護師の職業的アイデンティティとワーク・エンゲイジメントのPearsonの積率相関係数は $r = .626$ であった。

性別により尺度得点に有意差があったため、看護師の職業的アイデンティティ下位尺度を独立変数、UWES総得点を従属変数として、男女別に強制投入法による重回帰分析を行った。女性では、すべての下位尺度で有意な影響を示し、「F4 社会への貢献志向」 ($\beta = .230, p < .001$)、「F1 看護職の選択と成長への自信」 ($\beta = .199, p < .001$)、「F2 看護観の確立」 ($\beta = .185, p = .001$)、「F3 看護師として必要とされていることへの自負」 ($\beta = .132, p = .022$) の順に影響が大きかった。男性では、すべてにおいて有意な影響が示されなかった (表4)。

年齢と経験年数において看護師の職業的アイデンティティ尺度総得点・下位尺度得点とUWES総

得点に違いがあったが、その違いは同様の傾向であった。さらに、年齢と経験年数に相関がみられたことから、年齢と経験年数はほぼ同じと捉えた。このことから年齢に絞り、Schein¹⁴⁾を参考に年齢を区分し、重回帰分析を行った。なお、年齢区分別の重回帰分析には、男性看護師の職業的アイデンティティ下位尺度がワーク・エンゲイジメントへの影響を示さなかったことから、女性看護師のデータのみを使用した。その結果、20歳～25歳では「F4 社会への貢献志向」のみで有意な影響が示された ($\beta = .378, p = .013$)。26歳～40歳では「F4 社会への貢献志向」 ($\beta = .431, p = .048$)、ついで「F2 看護観の確立」 ($\beta = .393, p < .001$) の順に影響が示された。41歳以上では「F4 社会への貢献志向」 ($\beta = .487, p < .001$)、ついで「F1 看護職の選択と成長への自信」 ($\beta = .354, p = .001$) の順に影響が示された。つまり、すべての年齢区分で「F4 社会への貢献志向」では影響が示された一方で、「F3 看護師として必要とされていることへの自負」は影響が示されなかった。さらに「F2 看護観の確立」は26歳～40歳のみに、「F1 看護職の選択と成長への自信」は41歳以上のみに影響が示された (表4)。

考 察

1. 看護師の職業的アイデンティティがワーク・エンゲイジメントに及ぼす影響

女性看護師の職業的アイデンティティのすべての下位尺度がUWES総得点へ有意な影響を示した。一方、男性看護師の職業的アイデンティティ下位尺度は、ワーク・エンゲイジメントへの影響を示さなかった。男性看護師のデータ数が少ないため明言できないものの、性別により影響が異なることが示唆された。

年齢区分による女性看護師の職業的アイデンティティからワーク・エンゲイジメントへの影響では、年齢区分によって各下位尺度へ影響が異なる結果となった。「F4 社会への貢献志向」は、すべての年齢区分で最も大きな影響を示した。原田ら¹⁵⁾は、看護職を志す動機として社会貢献志向を挙げている。また看護学生や看護師はもともと社会への貢献志向が高い傾向にある⁸⁾⁹⁾。本研究において低年齢層から「F4 社会への貢献志向」に高い値を示していたことは、それらを裏づける結果となった。それらからは、看護師は社会貢献志向に基づいて日々の看護実践をしているといえる。社会的志向に基づく看護実践は、患者から承認を受

表2 年齢別にみた看護師の職業的アイデンティティ尺度得点とUWES総得点

n=455

| 尺度・下位尺度 | | 年齢 | n | 平均値 | 標準偏差 | F値 | 自由度 | p値 |
|-------------------------|--|---------|----|------|-------|-------|-----|--------|
| 看護師の職業的アイデンティティ | | 20歳～25歳 | 66 | 64.5 | 11.84 | 2.066 | 9 | .031* |
| | | 26歳～30歳 | 80 | 65.9 | 9.02 | | | |
| | | 31歳～35歳 | 44 | 65.7 | 9.99 | | | |
| | | 36歳～40歳 | 56 | 67.6 | 10.92 | | | |
| | | 41歳～45歳 | 66 | 66.4 | 10.11 | | | |
| | | 46歳～50歳 | 57 | 70.2 | 11.12 | | | |
| | | 51歳～55歳 | 50 | 68.3 | 9.74 | | | |
| | | 56歳～60歳 | 27 | 70.8 | 8.98 | | | |
| | | 60歳以上 | 9 | 73.2 | 12.84 | | | |
| F1 看護職の選択と成長への自信 | | 20歳～25歳 | 66 | 16.5 | 3.44 | 2.829 | 9 | .003** |
| | | 26歳～30歳 | 80 | 17.1 | 3.09 | | | |
| | | 31歳～35歳 | 44 | 16.9 | 3.65 | | | |
| | | 36歳～40歳 | 56 | 17.5 | 3.49 | | | |
| | | 41歳～45歳 | 66 | 17.5 | 3.71 | | | |
| | | 46歳～50歳 | 57 | 18.2 | 3.15 | | | |
| | | 51歳～55歳 | 50 | 18.1 | 2.81 | | | |
| | | 56歳～60歳 | 27 | 18.9 | 2.89 | | | |
| | | 60歳以上 | 9 | 20.4 | 3.47 | | | |
| F2 看護観の確立 | | 20歳～25歳 | 66 | 15.3 | 3.59 | 3.341 | 9 | .001** |
| | | 26歳～30歳 | 80 | 15.9 | 2.91 | | | |
| | | 31歳～35歳 | 44 | 16.2 | 3.31 | | | |
| | | 36歳～40歳 | 56 | 16.8 | 3.54 | | | |
| | | 41歳～45歳 | 66 | 16.5 | 3.26 | | | |
| | | 46歳～50歳 | 57 | 17.9 | 3.62 | | | |
| | | 51歳～55歳 | 50 | 17.3 | 3.04 | | | |
| | | 56歳～60歳 | 27 | 17.6 | 3.27 | | | |
| | | 60歳以上 | 9 | 17.9 | 3.69 | | | |
| F3 看護師として必要とされていることへの自負 | | 20歳～25歳 | 66 | 14.9 | 3.54 | .981 | 9 | .456 |
| | | 26歳～30歳 | 80 | 15.6 | 2.74 | | | |
| | | 31歳～35歳 | 44 | 15.1 | 2.84 | | | |
| | | 36歳～40歳 | 56 | 15.3 | 3.21 | | | |
| | | 41歳～45歳 | 66 | 15.1 | 2.95 | | | |
| | | 46歳～50歳 | 57 | 15.9 | 3.32 | | | |
| | | 51歳～55歳 | 50 | 15.1 | 3.06 | | | |
| | | 56歳～60歳 | 27 | 16.3 | 2.78 | | | |
| | | 60歳以上 | 9 | 16.9 | 3.89 | | | |
| F4 社会への貢献志向 | | 20歳～25歳 | 66 | 17.8 | 3.23 | .537 | 9 | .084 |
| | | 26歳～30歳 | 80 | 17.5 | 2.53 | | | |
| | | 31歳～35歳 | 44 | 17.4 | 2.41 | | | |
| | | 36歳～40歳 | 56 | 17.9 | 2.91 | | | |
| | | 41歳～45歳 | 66 | 17.3 | 2.62 | | | |
| | | 46歳～50歳 | 57 | 18.1 | 3.02 | | | |
| | | 51歳～55歳 | 50 | 17.8 | 2.46 | | | |
| | | 56歳～60歳 | 27 | 17.9 | 2.33 | | | |
| | | 60歳以上 | 9 | 18.0 | 3.12 | | | |
| UWES | | 20歳～25歳 | 66 | 44.1 | 1.78 | 2.640 | 9 | .006** |
| | | 26歳～30歳 | 80 | 43.1 | 1.37 | | | |
| | | 31歳～35歳 | 44 | 43.1 | 2.13 | | | |
| | | 36歳～40歳 | 56 | 47.3 | 2.11 | | | |
| | | 41歳～45歳 | 66 | 46.1 | 1.84 | | | |
| | | 46歳～50歳 | 57 | 50.4 | 2.24 | | | |
| | | 51歳～55歳 | 50 | 50.4 | 1.98 | | | |
| | | 56歳～60歳 | 27 | 50.6 | 2.79 | | | |
| | | 60歳以上 | 9 | 57.2 | 6.56 | | | |

一元配置分散分析, *p<.05 **p<.01, UWES: ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度

表3 看護師としての経験年数別職業的アイデンティティ尺度得点とUWES総得点

n=455

| 尺度・下位尺度 | 経験年数 | n | 平均値 | 標準偏差 | F値 | 自由度 | p値 |
|-------------------------|---------|----|------|-------|-------|-----|--------|
| 看護師の職業的アイデンティティ | 5年以下 | 93 | 65.7 | 11.18 | 2.096 | 7 | .043* |
| | 6年～10年 | 83 | 64.7 | 8.57 | | | |
| | 11年～15年 | 62 | 67.5 | 11.43 | | | |
| | 16年～20年 | 68 | 68.1 | 10.55 | | | |
| | 21年～25年 | 61 | 67.8 | 10.30 | | | |
| | 26年～30年 | 37 | 69.0 | 10.67 | | | |
| | 30年以上 | 51 | 70.7 | 10.04 | | | |
| F1 看護職の選択と成長への自信 | 5年以下 | 93 | 17.1 | 3.55 | 3.309 | 7 | .002** |
| | 6年～10年 | 83 | 16.6 | 3.17 | | | |
| | 11年～15年 | 62 | 17.5 | 3.68 | | | |
| | 16年～20年 | 68 | 17.6 | 2.99 | | | |
| | 21年～25年 | 61 | 17.5 | 3.54 | | | |
| | 26年～30年 | 37 | 18.3 | 3.03 | | | |
| | 30年以上 | 51 | 19.2 | 2.99 | | | |
| F2 看護観の確立 | 5年以下 | 93 | 15.7 | 3.41 | 3.473 | 7 | .001** |
| | 6年～10年 | 83 | 15.7 | 2.80 | | | |
| | 11年～15年 | 62 | 16.9 | 3.58 | | | |
| | 16年～20年 | 68 | 17.0 | 3.79 | | | |
| | 21年～25年 | 61 | 17.3 | 3.32 | | | |
| | 26年～30年 | 37 | 17.2 | 3.65 | | | |
| | 30年以上 | 51 | 17.7 | 2.83 | | | |
| F3 看護師として必要とされていることへの自負 | 5年以下 | 93 | 15.1 | 3.29 | .687 | 7 | .683 |
| | 6年～10年 | 83 | 15.0 | 2.66 | | | |
| | 11年～15年 | 62 | 15.6 | 3.47 | | | |
| | 16年～20年 | 68 | 15.7 | 3.09 | | | |
| | 21年～25年 | 61 | 15.3 | 3.01 | | | |
| | 26年～30年 | 37 | 15.7 | 2.87 | | | |
| | 30年以上 | 51 | 15.9 | 3.25 | | | |
| F4 社会への貢献志向 | 5年以下 | 93 | 17.8 | 3.12 | .259 | 7 | .969 |
| | 6年～10年 | 83 | 17.4 | 2.41 | | | |
| | 11年～15年 | 62 | 17.6 | 2.90 | | | |
| | 16年～20年 | 68 | 17.8 | 2.70 | | | |
| | 21年～25年 | 61 | 17.8 | 2.47 | | | |
| | 26年～30年 | 37 | 17.8 | 3.15 | | | |
| | 30年以上 | 51 | 17.9 | 2.44 | | | |
| UWES | 5年以下 | 93 | 45.5 | 14.27 | 3.590 | 7 | .001** |
| | 6年～10年 | 83 | 41.1 | 13.05 | | | |
| | 11年～15年 | 62 | 46.5 | 14.36 | | | |
| | 16年～20年 | 68 | 48.3 | 15.98 | | | |
| | 21年～25年 | 61 | 46.9 | 16.12 | | | |
| | 26年～30年 | 37 | 49.6 | 14.68 | | | |
| | 30年以上 | 51 | 52.9 | 14.39 | | | |

一元配置分散分析, *p<.05 **p<.01, UWES: ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度

表4 性別・年齢区分別にみた看護師の職業的アイデンティティ下位尺度のUWESへの影響要因

| 属性 | 変数 | 標準化 係数β | 有意確率 | F値 | R ² | 調整済 R ² | |
|----------------------|--------------------|-------------------------|-------|---------|----------------|-----------------------|------|
| 性別 (n=455) | 男性 (n= 39) | F1 看護職の選択と成長への自信 | .173 | .368 | 5.73 | .640 | .338 |
| | | F2 看護観の確立 | .058 | .721 | | | |
| | | F3 看護師として必要とされていることへの自負 | .252 | .120 | | | |
| | | F4 社会への貢献志向 | .324 | .124 | | | |
| | 女性 (n=416) | F1 看護職の選択と成長への自信 | .199 | <.001** | 65.82 | .625 | .390 |
| | | F2 看護観の確立 | .185 | .001** | | | |
| | | F3 看護師として必要とされていることへの自負 | .132 | .022* | | | |
| | | F4 社会への貢献志向 | .230 | <.001** | | | |
| 年齢区 分別 (n=416) | 20歳~25歳 (n= 59) | F1 看護職の選択と成長への自信 | .239 | .111 | 10.68 | .442 | .400 |
| | | F2 看護観の確立 | .174 | .240 | | | |
| | | F3 看護師として必要とされていることへの自負 | -.030 | .856 | | | |
| | | F4 社会への貢献志向 | .378 | .013* | | | |
| | 26歳~40歳 (n=161) | F1 看護職の選択と成長への自信 | .380 | .688 | 23.75 | .379 | .363 |
| | | F2 看護観の確立 | .393 | <.001** | | | |
| | | F3 看護師として必要とされていることへの自負 | .425 | .057 | | | |
| | | F4 社会への貢献志向 | .431 | .048* | | | |
| | 41歳以上 (n=196) | F1 看護職の選択と成長への自信 | .354 | .001** | 32.90 | .407 | .394 |
| | | F2 看護観の確立 | .362 | .530 | | | |
| | | F3 看護師として必要とされていることへの自負 | .415 | .093 | | | |
| | | F4 社会への貢献志向 | .487 | <.001** | | | |

重回帰分析（強制投入法），従属変数：UWES，自由度：4，*p<.05 **p<.01 UWES：ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度

ける経験を生じやすいと推測する。島津¹⁶⁾は、他者からの承認によりワーク・エンゲイジメントが高まるとしている。ゆえに、年齢にかかわらず高い職業的アイデンティティを示した「F4 社会への貢献志向」は、すべての年齢層で最も大きな影響を示すことになったと考えられる。

「F1 看護職の選択と成長への自信」は、41歳以上のみでワーク・エンゲイジメントへの有意な影響が示された。また、この下位尺度得点は年齢を重ねるとともに高まっていく傾向にあった。すなわち、「F1 看護職の選択と成長への自信」が高くなる41歳以上のみで、ワーク・エンゲイジメントに影響があることが明らかになった。川上ら¹⁷⁾は、40歳以上の看護師の職業継続意思は、専門職として自立性を発揮できることに関連しているとし、専門職としての自立性の発揮は看護師としての自己実現を指すと説明している。自己実現につながる高い実践力に基づく看護を行うことは、ワーク・エンゲイジメントを高めるとされる承認を患者から得る経験につながるのではないかと考える。また、高い実践力をもつ看護師は、F1で示される看護職の選択や成長への自信を有すること

が推測できる。以上のことから、経験年数が多く経験豊かな高年齢層の看護師は、高い実践能力を有していることから「F1 看護職の選択と成長への自信」が高く、ワーク・エンゲイジメントに影響を示したのではないかと考える。

「F2 看護観の確立」は、26歳~40歳のみでワーク・エンゲイジメントへ大きな影響を示した、畑中ら¹⁸⁾は、自己の看護観がゆらぐ体験により看護観は形成されるとしており、そうして形成された看護観を意識した看護実践を積み重ねることで、看護観は発展するとしている。宮地ら¹⁹⁾は、経験年数が5~10年の管理職でない看護師は、実践したい看護と現実とのギャップといった感情体験が目指す看護師像に影響しているとしている。これらから26歳~40歳は、実践経験の中で理想と現実の葛藤といった自己の看護観が揺らぐ体験により看護観を形成していると考えられる。さらに、形成された看護観に基づいて看護を実践することがやりがいとなり、ワーク・エンゲイジメントに有意な影響を及ぼしたと考えられる。一方で、20歳~25歳と41歳以上では有意な影響がみられなかった。畑中ら¹⁸⁾は、看護観は看護実践の中で形成さ

れ、発展していくとしていることから、看護観には看護実践の経験が大きく影響すると考えられる。そのため、20歳～25歳は看護実践の経験が少なく自己の看護観を形成している過程にあると推測されることから、ワーク・エンゲイジメントへの影響を示さなかったと考えられる。北爪ら²⁰⁾は、管理職に就いていない40歳～60歳の看護師は、熟練した技を実践を通して伝達することを役割として自覚しているとしている。このことから、自己の看護観に則した看護実践からやりがいを得るのではなく、磨き上げた技術を指導し、その技術が活用されていくことがやりがいにつながっていると考えられる。

看護師の職業的アイデンティティの低下は、離職につながる⁵⁾ことから、離職願望を有している看護師にとって、より重要になると考えられる。離職願望は経験年数3年以上5年未満が最も高く²¹⁾、自信の喪失は経験年数が低いほど離職につながる^{22) 23)}。離職願望が高まる年齢を含む26歳～40歳において「F2 看護観の確立」がワーク・エンゲイジメントに影響していたことから、看護観を確立していくことが、生き活きとやりがいや誇りを感じながら職業を継続することにつながると考えられる。また、もともと有している「F4 社会への貢献志向」をより高めることが有用であると考えられる。それらのことが、ひいては離職低下につながっていくと考えられる。

2. 本研究の限界

男性看護師のデータにおいて統計解析に十分なデータが得られなかったことから、性別による違いについて、明言できなかった。また、本研究の結果は、調査対象の病床規模別病院割合が全国の割合と近似し、看護師数や離職率が全国平均であるとはいえ、A県内の一部の施設に勤務する看護師から得られたデータによるものである。

結 論

看護師の職業的アイデンティティがワーク・エンゲイジメントへ及ぼす影響を明らかにすることを目的とし、A県内の病院に勤務し患者に直接看護実践を行う看護師を対象として調査を行った結果、以下のことが明らかとなった。

1. 女性看護師の職業的アイデンティティは下位尺度すべてにおいてワーク・エンゲイジメントへの有意な影響が示され、「F4 社会への貢献志向」、「F1 看護職の選択と成長への自信」、「F2 看護観の確立」、「F3 看護師として必要とされている

ことへの自負」の順に影響が大きかった。

2. 男性看護師の職業的アイデンティティは下位尺度すべてにおいてワーク・エンゲイジメントへの有意な影響を示さなかった。

3. 女性看護師のすべての年齢区分で、「F4 社会への貢献志向」がワーク・エンゲイジメントへ有意な影響を示した一方で、「F3 看護師として必要とされていることへの自負」は影響を示さなかった。さらに、「F1 看護職の選択と成長への自信」は41歳以上のみで、「F2 看護観の確立」は26歳～40歳のみで、有意な影響を示した。

利益相反

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、調査にご協力いただきました皆様に厚く御礼申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省：看護職員確保対策, [オンライン <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000095525.html>], 厚生労働省, 2. 16. 2019
- 2) 日本看護協会：2019病院看護実態調査, [オンライン <https://www.nurse.or.jp/home/publication/research/index.html>], 日本看護協会, 1. 16. 2021
- 3) 尾野裕美：就業者のキャリア焦燥感と離職意思－ワーク・エンゲイジメントの高低による比較－, *カウンセリング研究*, 51(1), 39–50, 2018
- 4) Schaufeli WB, Salanova M, González-Romá V, et al.: The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach, *Journal of Happiness Studies*, 3, 71–92, 2002
- 5) 高橋美和：看護師の離職意思の経年的変化と関連する要因, *日本看護協会論文集(看護管理)*, 43, 459–462, 2013
- 6) Ericson, E.H.: 自我同一性 アイデンティティとライフサイクル, 小此木啓吾訳編, 誠信書房, 東京, 1987
- 7) グレグ美鈴：看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の構築, *看護研究*, 35(3), 196–204, 2002

- 8) 落合幸子, 紙谷克子, Parida Muhammad : 看護師の職業的アイデンティティの発達過程, 茨城県立医療大学紀要, 12, 75-82, 2007
- 9) 藤井恭子, 野々村典子, 鈴木純恵 : 医療系学生における職業的アイデンティティの分析, 茨城県立医療大学紀要, 7, 131-142, 2002
- 10) 島津明人, 小杉正太郎, 鈴木綾子, 他 : ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度日本語版(UWES-J)の信頼性・妥当性の検討, 日本産業衛生学会講演集, 80, 3044, 2007
- 11) 中村博文, 渡辺尚子, 浅井美千代 : 男性看護師の職業的アイデンティティに影響を及ぼす要因の構造的な分析, 北日本看護学会誌, 18(1), 29-37, 2015
- 12) 吉村千草, 原田博子, 山田千尋 : 女性看護師における働きやすさ・職業的アイデンティティと職業継続・職場定着意志の関係, 日本医療・病院管理学会誌, 55(4), 5-15, 2018
- 13) 安保寛明, 高谷新 : 病院に勤務する看護職のワークエンゲイジメントと所属部署の種類および人数の関係, 日本看護協会論文集(看護管理), 49, 155-158, 2019
- 14) Schein, E.H. : キャリアダイナミクス(第11版), キャリア・サイクルの段階と課題, P38-50, 二村敏子・三善勝代監訳, 白桃書房, 東京, 2003
- 15) 原田彩奈, 森山明美, 佐久間夕美子 : 看護職志望動機に関する文献検討 : 40年間の時代の変化を踏まえて, 看護展望, 40(1), 79-85, 2015
- 16) 島津明人 : ワーク・エンゲイジメントに注目した個人と組織の活性化, 日本職業・災害医学会会誌, 63(4), 205-209, 2015
- 17) 川上美里, 津本優子, 内田宏美 : 役職に就いていないキャリア後期看護師の職業継続意思とその要因, 島根大学医学部紀要, 36, 23-30, 2013
- 18) 畑中順子, 伊藤収 : 看護観が体験から発展するまでの看護師の思考プロセス, 日本看護科学会誌, 36, 163-171, 2016
- 19) 宮地由紀子, 久米弥寿子 : 中堅看護師のキャリアビジョン形成に影響を及ぼした経験と支援, 武庫川女子大学看護学ジャーナル, 6, 57-67, 2021
- 20) 北爪明子, 千明政好, 関由紀子 : 女性のライフイベントを経験しキャリア後期まで勤務継続できた要因と役割自覚-病院に勤務する看護師に焦点をあてて, 日本看護学会論文集(看護管理), 39, 291-293, 2008
- 21) 池田道智江, 平野真紀, 坂口美和, 他 : 看護師のQOLと自己効力感が離職願望に及ぼす影響, 日本看護科学会誌, 31, 46-54, 2011
- 22) 小元まき子, 工藤綾子, 服部恵子 : 看護師の離職を招いた要因 看護基礎教育課程修了後6年未満の看護師に焦点をあてて, 医療看護研究, 4(1), 72-78, 2008
- 23) 並川聖子 : 新卒看護師の入職後直面する困難に関する研究 入職1ヵ月後と1年後に焦点を当てて, 旭川大学保健福祉学部研究紀要, 5, 25-31, 2013

実践報告

入院前オリエンテーションを実施した 化学放射線療法中の頭頸部がん患者の思い

Thoughts of head and neck cancer patients undergoing chemoradiotherapy
with pre-hospital orientation

宮村 歩¹⁾, 沖田 翔平²⁾, 出村 淳子³⁾, 染澤 直美⁴⁾

Ayumi Miyamura¹⁾, Shohei Okida²⁾, Junko Demura³⁾, Naomi Somezawa⁴⁾

¹⁾ 金沢大学附属病院看護部西病棟10階, ²⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系

³⁾ 金沢大学附属病院看護部管理室, ⁴⁾ 金沢大学附属病院看護部外来

¹⁾ Kanazawa University Hospital Nursing Department West Ward 10th floor

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

³⁾ Kanazawa University Hospital Nursing Department Management Office

⁴⁾ Kanazawa University Hospital Nursing Department Outpatient

キーワード

入院前オリエンテーション, 頭頸部がん, 化学放射線療法

Key words

pre-hospital orientation, head and neck cancer, chemoradiotherapy

はじめに

頭頸部がんに対する化学放射線療法では約97%が口腔粘膜炎を発症する¹⁾と言われており、口腔粘膜炎の増悪を予防するためには患者自身のセルフケア能力を高めることが必要である。小池ら²⁾は化学放射線療法によって生じる強烈的な疼痛を緩和することは困難であるが、その増強する時期を遅らせ、増強を緩和するためには、治療開始前からの口腔ケアと早期からの麻薬性鎮痛剤導入が重要であると述べている。また、日常的に口腔ケアを行っていなかった患者に対して1日数回の咳嗽

や歯磨きを行うためには、口腔ケア継続のための動機づけが必要であるとも述べており、口腔ケア継続のためには治療開始前からの動機づけが必要であると言える。

澤木ら³⁾は化学療法を行う患者が、詳しく説明してほしかった項目と内容は、副作用の症状や対処法についてであったと述べている。一方で栗田⁴⁾は放射線治療に対する知識は患者の約半数が持っていたが、その内容は漠然とした回答が主であり、ほとんどの患者は、放射線治療について正しい知識を持っていないことが明らかになったと述べて

連絡先：宮村 歩

金沢大学附属病院看護部西病棟10階

〒920-8641 石川県金沢市宝町13-1

おり、患者に化学放射線療法の副作用症状や対処法についての正しい知識を提供することが必要であると考え。

現代は様々な情報を入手できる状況であるが、頭頸部がんに罹患する患者は壮年期が多く、様々な情報の中から正しい情報を選択することが難しい場合もある。このように正しい情報を入手することが難しい状況において、患者自身でセルフケア能力を高めることは難しいと考えられる。また、頭頸部がんは全がん総数の約5%⁵⁾と割合が少ないため、患者が相談しにくい状況であり治療についてイメージすることが難しいとも考えられる。そのため、化学放射線療法の不安を軽減し、安全に治療を受けるために事前にオリエンテーションを行い、理解を得ることが不可欠であると考え。

当院では入院前支援として平成28年より、入院前準備教室が開始された。その中で、入院が初めての方に対し、安心して入院生活を送ることを目的に入院前オリエンテーションとして、病棟案内、看護師による面談、治療の概要の説明を行っている。入院前オリエンテーションを行うことは不安軽減、満足度の向上、モチベーションの高まりから治療過程に効果的であると言われている⁶⁻⁸⁾。また、入院前に病棟の雰囲気を感じることで入院生活に対するイメージにつながることで、病棟看護師と面識ができ入院時の緊張や不安の軽減につながることも報告されている⁹⁾。しかし、特に治療前にセルフケアの充足が求められる化学放射線療法を受ける頭頸部がん患者において、入院前オリエンテーションを受けたことでどのような思いを抱き治療に臨んでいるのかについては明らかではない。そこで、入院前オリエンテーションを実施した化学放射線療法中の頭頸部がん患者の思いを明らかにすることとした。本研究により、化学放射線療法を受ける頭頸部がん患者に対して、治療を開始する前に行うべき支援を明確にすることにつながると考える。

目 的

入院前オリエンテーションを実施した化学放射線療法中の頭頸部がん患者の思いを明らかにする。

用語の定義

入院前オリエンテーション：病棟案内・スタッフボードの紹介・入院前の生活状況についての聴取・化学療法、放射線療法を予定する患者への専用パンフレットの説明（物品の説明を含む口腔ケ

ア方法の指導、放射線治療に伴う皮膚炎、口内炎等の副作用症状、食事について）を指す。

研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究対象

2019年2月～2020年4月までにA病院にて入院前オリエンテーションに参加し化学放射線療法を受けた成人の頭頸部がん患者を対象とした。除外基準は同意の得られなかったもの、意思疎通が困難と判断したもの、主治医の判断で研究参加に適さないと判断されたものとした。なお、入院前オリエンテーションは、先行文献⁵⁾⁶⁾を参考に作成した手順に沿って行った。

3. 研究期間

2018年8月～2020年4月

4. データ収集方法

化学療法1クール目の終了後、放射線照射10回終了した時点を目安に1人15～20分を目途に半構造化面接を行った。化学療法1クール終了後、放射線療法10回を経験した時点であれば治療の流れを理解できており、治療の副作用も強くは出現しにくい時期であり、適切な時期であると判断した。

インタビューガイドを使用し、入院前の思い（入院生活に対するイメージ、入院時に一番心配、不安であったこと）について、治療を受けてみて、実際に受けた入院前オリエンテーションも含めて入院前にどのような情報を知りたかったか（治療面の副作用や身体的変化）、事前に話を聞くことにより受け入れることにつながったと思うか、入院生活全体について聞きたいこと、退院後の生活について自由に語ってもらった。面接内容は対象者の承諾を得て録音した。

5. データ分析方法

インタビューによる内容を逐語録に起こし、入院前に患者が抱く思いや入院前オリエンテーション後の思いと考えられる内容を抽出した。抽出した内容をコード化、カテゴリー化し帰納的に分析を行った。また、分析の信頼性、妥当性を高めるため質的研究の経験が豊富な研究者にスーパーバイズを受け、研究者間で検討を繰り返した。

6. 倫理的配慮

対象者に研究目的及び内容、研究参加・不参加の自由意思、拒否した場合でも不利益が生じないこと、個人名が特定されないように匿名化し、プライバシーの保護をすることを説明し、研究協力

の同意を得た。本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得た（受付番号：2832）。

結 果

1. 対象者の背景

対象者は5名であり、男性4名、女性1名であった。年齢は50歳代が2名、60歳代が1名、70歳代が2名であった。

2. 入院前オリエンテーションを実施した化学放射線療法中の頭頸部がん患者の思い

入院前オリエンテーションを実施した化学放射線療法中の頭頸部がん患者の思いにつながる患者の語りを分析した結果、13個のコードから8個のサブカテゴリー、3個のカテゴリーが抽出された。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを《 》、コードを〈 〉、対象者の語りを「 」, 対象者を

() で示す。

1) 【病気の進行の恐怖があり入院生活を考える余裕がない】

このカテゴリーは《告知を受けたことによる衝撃》《病状が悪化するのではないかという不安》《入院前オリエンテーション後も具体的な入院生活のイメージができない》という3つのサブカテゴリーで構成されていた。

患者は主治医からがんを告知され治療説明をされたとき、「なんかもうやっぱりがんって聞いたたら、何にも考えられないわ。」(C)という〈何も考えることができなくなるほどの癌の告知のショック〉や「(入院生活について) どういうイメージってそこまで余裕あったのかな? そんな入院のイメージというそういう余裕なかったと思うわ。」(B)という〈入院生活のイメージを考える余裕がない自身の状況〉にあった。また、「(入院するまでの期間が) 結構あったと思う。… (中略) …もしかしたら20日遅いおかげで手遅れになるじゃないとか、そっちの方が強い。」(B)という〈病状が悪化するのではないかという不安〉を感じていた。さらに、がんの告知のショックがあり「病室ここまで上がってきて(病棟を) 回ったりさ、あーこんなところだな、そんなことは覚えとるけど…その時に説明たぶん聞いているけど、そのことはほとんど覚えていないと思うわ。」(B)といった〈入

表1 対象者の概要

| | 年齢 | 性別 | 疾患 |
|---|-----|----|-------|
| A | 70代 | 男 | 下咽頭癌 |
| B | 50代 | 男 | 左上顎洞癌 |
| C | 70代 | 女 | 中咽頭癌 |
| D | 50代 | 男 | 中咽頭癌 |
| E | 60代 | 男 | 左声門上癌 |

表2 入院前オリエンテーションを実施した化学放射線療法中の頭頸部がん患者の思い

| カテゴリー | サブカテゴリー | コード |
|--|------------------------------------|--|
| 【病気の進行の恐怖があり入院生活を考える余裕がない】 | 《告知を受けたことによる衝撃》 | 〈何も考えることができなくなるほどの癌の告知のショック〉 〈全く分からず少し恐怖を感じる入院のイメージ〉 〈入院生活のイメージを考える余裕がない自身の状況〉 |
| | 《病状が悪化するのではないかという不安》 | 〈病状が悪化するのではないかという不安〉 |
| | 《入院前オリエンテーション後も具体的な入院生活のイメージができない》 | 〈入院前オリエンテーション後も具体的な入院生活のイメージができない〉 |
| 【経験がないことにより治療経過と副作用が想像できない恐怖】 | 《経験がないことにより治療経過と副作用が想像できない恐怖》 | 〈化学放射線療法は初めてであるため治療経過が不明〉 〈経験がないことによる治療経過が想像つかない恐怖〉 〈口腔粘膜炎により食べることができなくなる状況への懸念〉 |
| | 《顔見知りの医療者がいる安心感》 | 〈顔見知りの医療者がいる安心感〉 |
| 【事前の病棟見学と化学放射線療法説明用紙を用い説明を受けたことによる安心感】 | 《事前に病棟見学をしたことによる安心感》 | 〈事前に病棟見学をしたことによる安心感〉 |
| | 《事前に化学放射線療法説明用紙を用い説明を受けたことによる思い》 | 〈化学放射線療法説明用紙を用いて説明を受けた良さ〉 〈化学放射線療法説明用紙をより分かりやすくするための提案〉 |
| | 《治療イメージへのつながり》 | 〈医療者の説明による治療イメージへのつながり〉 |

院前オリエンテーション後も具体的な入院生活のイメージができない」という思いも感じていた。

2) 【経験がないことにより治療経過と副作用が想像できない恐怖】

このカテゴリーは《経験がないことにより治療経過と副作用が想像できない恐怖》という1つのサブカテゴリーで構成されていた。

患者にとって化学放射線療法が初めてである場合、患者は「化学治療と放射線というのは初めてだから、どうやっていくって経過が分からん。」(A)という〈化学放射線療法は初めてであるため治療経過が不明〉であることや化学放射線療法を受ける頭頸部がん患者特有の結果として、化学放射線療法の副作用症状の一つである「1番心配していたのは口内炎、あれになった時に、もう食事ができないなということがあった。」(A)という〈口腔粘膜炎により食べることができなくなる状況への懸念〉を感じていた。

3) 【事前の病棟見学と化学放射線療法説明用紙を用い説明を受けたことによる安心感】

このカテゴリーは《顔見知りの医療者がいる安心感》《事前に病棟見学したことによる安心感》《事前に化学放射線療法説明用紙を用い説明を受けたことによる思い》《治療イメージへのつながり》という4つのサブカテゴリーで構成されていた。

実際に入院前オリエンテーションを受けたことについて、入院時に「それはやっぱりいいと思いますね。全く知らない人にこう、案内されるよりも…」(D)という〈顔見知りの医療者がいる安心感〉や「それは一回(病棟を)下見ちゅうか、見とくだけでも違うんじゃない？」(B)という〈事前に病棟見学をしたことによる安心感〉を感じていた。また入院前に化学放射線療法説明用紙を用いて説明を受けたことについて、対象者Dは「(情報が)ありすぎるから、だから余計複雑やから、病院からこうやってね、言ってみれば何回も、ある意味経験(同様の治療を受けた患者へのケアを行った経験がある)を積んでの説明やから、だから分かりやすいつてこれは良かったわ。」と述べていた。現在はインターネット等に情報が多くある一方で、自分自身で正しい情報を選択することが難しい場合もあり、実際に治療を施行している医療者からの情報は信頼でき分かりやすいという〈化学放射線療法説明用紙を用いて説明を受けた良さ〉を感じていた。併せて、「あとあと見直して、パッとみてすぐわかるような、こんなになるっていうのがすぐわかれば、もっといいかなっていう

のは思ったね。」(D)と述べているように入院前オリエンテーションで説明を受けた後、説明用紙を見直した時に重要点が目に付くよう記載してほしいといった〈化学放射線療法説明用紙をより分かりやすくするための提案〉もみられた。また対象者Aは「あのなんていうんですかある程度予測っていうか、こういう時にはこうなっていくんだよっていう、あの予測は立てられますね。」と述べていた。医療者から入院生活や治療の説明を受けたことにより、今後の治療経過について予測を立てることができ〈医療者の説明による治療イメージへのつながり〉を感じていた。

考 察

今回の結果、入院前の患者の思いにはがんの告知のショックが前提として存在しているため、患者は【病気の進行の恐怖があり入院生活を考える余裕がない】という思いを感じていた。鈴木ら¹¹⁾は、初めて病名告知を受けた時、患者は自分の存在を脅かす脅威的なものとしてがんを捉えることにつながっていたと述べている。今回の患者においても、がんの告知のショックを感じており同様の状況であったと考えられる。入院前に医療者から化学放射線療法の治療経過など様々な説明を受けていても、患者は【経験がないことにより治療経過と副作用が想像できない恐怖】を抱いていた。一方で、実際に病棟を見学したことで《顔見知りの医療者がいる安心感》や《事前に病棟見学をしたことによる安心感》を感じていた。また入院前に化学放射線療法説明用紙を用いて説明を受けたことについて、現代はインターネット等に情報が多くあり、自分自身で正しい情報を選択することが難しいため、実際に治療を施行している医療者からの情報は信頼でき分かりやすいという〈化学放射線療法説明用紙を用いて説明を受けた良さ〉も感じていた。そのため、入院前オリエンテーションを受けることにより入院生活のイメージがしやすくなる考えられる。つまり、事前に病棟見学と化学放射線療法説明用紙を用い説明を受けたという【事前の病棟見学と化学放射線療法説明用紙を用い説明を受けたことによる安心感】が【経験がないことにより治療経過と副作用が想像できない恐怖】の軽減の一因となっていると考えられる。そのため、今後も化学放射線療法説明用紙を用いて入院前オリエンテーションを行う必要があると考える。

栗田⁴⁾は、放射線治療を受ける患者に看護を提

供する上で治療前のオリエンテーションは必要不可欠なことであり、患者に闘病意欲を持たせ治療を円滑に進めていく上でも重要であると述べており、治療に対する不安を軽減するためには入院前オリエンテーションを行う必要があると考えられる。藤原ら¹²⁾も化学放射線療法を受けることで経口摂取が困難となる頭頸部がん患者に対して治療前から意図的に関わるのが重要であると述べており、入院前から治療経過や副作用症状について説明することが必要である。

しかし、患者はがんの告知のショックから《入院前オリエンテーション後も具体的な入院生活のイメージができない》という思いも感じていた。鈴木ら¹¹⁾は、告知後は患者ががんになった自分の状況をどのように捉えているのかについて語れる場をつくって、病気や治療に関する確実な情報を提供することで、自分の置かれている状況を適切に認知できるように促すことが可能であると述べている。これらのことより、入院前オリエンテーションを実施する際は、患者の思いにはがんの告知のショックが前提として存在していることを意識し、入院生活や治療のイメージができるように関わるだけではなく、入院するにあたって不安に感じていることなどを表出できる場を設けることが必要であると考えられる。赤石ら¹³⁾は、初めて放射線治療を開始したがん患者の気持ちに即した看護支援を提供するには、まず「がんを告知されて放射線治療に臨んでいる患者の気持ちを理解すること」から始まると指摘していることから、入院前に患者が思いを表出できる場を設け、看護師はその思いを把握することが必要であると考えられる。

また今回の結果より、化学放射線療法中の頭頸部がん患者特有の結果として、〈口腔粘膜病により食べることができなくなる状況への懸念〉があると考えられる。頭頸部への放射線療法では、口腔・咽頭・喉頭粘膜病、味覚障害、唾液腺障害などにより疼痛、食事摂取量の低下などを生じ、治療中の患者のQOLは著しく低下する¹⁴⁾。そのため治療に向けて説明する際には、実際に使用する口腔内保湿スプレーや歯ブラシ等を提示して説明する必要があると考えられる。さらに、入院前オリエンテーションで説明を受けた後、説明用紙を見直した時に重要点が目に付くよう記載してほしいといった〈化学放射線療法説明用紙をより分かりやすくするための提案〉という《事前に化学放射線療法説明用紙を用い説明を受けたことによる思い》

を感じていた。患者が入院前オリエンテーション後、内容を見直した時にも説明内容が印象に残るように、治療開始2週間程度から出現しやすい口腔粘膜病や照射野の発赤・びらんなどをカラー写真で示し、出現する可能性が高い症状をイメージできるように説明用紙の視覚的工夫の必要性が考えられる。

化学放射線療法を受ける頭頸部がん患者が治療経過についてイメージできるように、入院前に医療者は、患者はがん告知によるショックを受けていることを踏まえ、思いを表出できる場の設定や実践的な副作用予防ケアの説明を行う必要があることが示唆された。そのため、本研究結果は化学放射線療法を受ける頭頸部がん患者が治療経過についてイメージできるように、医療者が患者に入院前に説明すべき内容として活用できると考える。

本研究の限界として1クール目の化学療法終了、放射線照射10回終了した時点を目安にインタビューを行った。そのため、出現している有害事象、特に口腔粘膜病についての懸念・苦痛に対する思いが多かった。このことから、比較的治療後期に出現する皮膚炎に対しての思いの表出は限定されたと考えられる。また、本研究は対象者が5名と少なく一般化するには限界がある。今後は症例数を増やして検討を行うと共に、研究の結果をもとにより有効な入院前オリエンテーションへと繋げていく必要がある。

結 論

入院前オリエンテーションを実施した化学放射線療法中の頭頸部がん患者の思いとして、【病気の進行の恐怖があり入院生活を考える余裕がない】、【経験がないことにより治療経過と副作用が想像できない恐怖】、【事前の病棟見学と化学放射線療法説明用紙を用い説明を受けたことによる安心感】の3個のカテゴリーが抽出された。これらの結果より化学放射線療法を受ける頭頸部がん患者が治療経過についてイメージできるように、入院前に医療者は、患者はがん告知によるショックを受けていることを踏まえ、思いを表出できる場の設定や実践的な副作用予防ケアの説明を行う必要があることが示唆された。

利益相反

利益相反なし。

引用文献

- 1) Li E, Trovato JA : New developments in the management of oral mucositis in patients with head and neck cancer or receiving targeted anticancer therapies, American Journal of Health-System Pharmacy, 69(12), 1031-1037, 2012
- 2) 小池万里子, 荒尾晴恵, 田墨恵子, 他 : 化学放射線療法を受ける頭頸部がん患者が捉える口腔粘膜炎に伴う疼痛への看護支援, 日本がん看護学会誌, 32, 148-158, 2018
- 3) 澤木利江, 犬塚多恵子, 新保涼子, 他 : 化学療法を受ける患者へのオリエンテーションの見直し, 第26回東京医科大学病院看護研究集録, 68-71, 2006
- 4) 栗田佳江 : 頭頸部放射線治療を受ける患者の看護についての一考察-パンフレットを用いたオリエンテーションを試みて-, 足利短期大学研究紀要, 16(1), 23-28, 1995
- 5) 一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会 : 数字でわかる「頭頸部がん」, [オンライン, http://www.jibika.or.jp/owned/toukeibu/head_and_neck_cancer_1.html], 頭頸部外科情報サイト, 11. 25. 2021
- 6) 瀬戸真知子, 代田美智子, 三橋真紀子 : 入院前患者オリエンテーションの有効性, 信州大学医学部付属病院看護研究集録, 43(1), 60-66, 2015
- 7) 児玉由香, 足立由香里, 吉安美帆, 他 : 入院前の術前オリエンテーションによる患者満足度の向上, Hip Joint, 34, 54-56, 2008
- 8) 坂田有理, 石倉淳子, 清水里恵 : 安心して手術を受けるために患者が望む条件からみた入院前オリエンテーションの評価, Hip Joint, 30, 4-6, 2004
- 9) 河野恵, 伊原恵美 : 在院日数短縮化での効果的な指導方法の検討~生体腎移植患者へ入院前指導を行って~, 泌尿器Care&Cure Uro-Lo, 15(11), 1261-1267, 2010
- 10) 久保早貴子, 孫野由香里, 伊藤良子 : 放射線治療を受ける患者へのオリエンテーション内容の検討, 三田市民病院誌, 26, 78-85, 2015
- 11) 鈴木久美, 小松浩子 : 初めて病名告知を受けて治療に臨む壮年期がん患者の認知評価とその変化, 日本がん看護学会誌, 16(1), 17-27, 2002
- 12) 藤原恵美子, 深田陽子 : 化学放射線療法に伴う経口摂取困難のある頭頸部がん患者の援助-症状マネジメントの方略に焦点を当てて-, 第48回日本看護学会論文集, 慢性期看護, 219-222, 2018
- 13) 赤石三佐代, 布施裕子, 神田清子 : 初めて放射線治療を受けるがん患者の気持ちとストレス対処行動に関する質的研究, 群馬保健学紀要, 25, 77-84, 2005
- 14) 丹生健一, 佐々木良平, 大月直樹, 他編 : 多職種チームで実践する頭頸部がんの化学放射線療法, 日本看護協会出版会, 156-161, 東京, 2015

そ の 他

コロナ禍での石川県下の看護職者の体験： 看護学生によるインタビュー

Experiences of nurses in Ishikawa prefecture during the COVID-19 pandemic:
Interviews by nursing students

須釜 淳子¹⁾, 岩城 直子²⁾, 大桑 麻由美³⁾

川島 和代⁴⁾, 北岡 和代⁵⁾, 平松 知子⁶⁾, 市橋 紗由美³⁾

Junko Sugama¹⁾, Naoko Iwaki²⁾, Mayumi Okuwa³⁾

Kazuyo Kawashima⁴⁾, Kazuyo Kitaoka⁵⁾, Tomoko Hiramatsu⁶⁾, Sayumi Ichihashi³⁾

¹⁾ 藤田医科大学社会実装看護創成研究センター

²⁾ 金城大学看護学部, ³⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系

⁴⁾ 石川県立看護大学看護学部, ⁵⁾ 公立小松大学保健医療学部,

⁶⁾ 金沢医科大学看護学部

¹⁾ Research Center for Implementation Nursing Science Initiative, Fujita Health University

²⁾ Faculty of Nursing, Kinjo University

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

⁴⁾ Ishikawa Prefectural Nursing University, ⁵⁾ Faculty of Health Sciences, Komatsu University

⁶⁾ School of Nursing, Kanazawa Medical University

キーワード

コロナ禍, 看護師, 看護学生, 体験, インタビュー

Key words

COVID-19 pandemic, nurse, nursing student, experience, interview

はじめに

2020年（令和2年）2月21日に石川県内における最初の新型コロナウイルス感染症患者1例の報告から、約2年を迎える。誰も想像しえなかった感染制御の現場最前線で、看護職者は今も懸命に働いている。看護職者はこれまでに経験のない様々な体験

をしていることが予測されるが、各県の感染状況、医療提供体制によってその体験は異なるのではないかと考えた。また、勤務場所の違い、病棟看護師、認定看護師、看護管理者などその立場によっても体験は異なるとも考えた。看護職者の実践を何らかの形式で記録することは、今後の看護の示

連絡先：須釜 淳子

藤田医科大学社会実装看護創成研究センター

〒470-1192 豊明市沓掛町田楽ヶ窪1-98

唆となると考え、看護実践学会理事長企画として提案し、理事会の承認を得た。

今回は、看護職者の体験をありのままに語っていただくことを目指し、看護学生によるインタビューを企画した。

方 法

2021年7月24日および8月11日にオンライン説明会を開催した。参加者は各大学で看護基礎教育を受け、本企画に賛同した学生と本企画担当教員（看護実践学会理事）であった。各大学は参加可能な日程のいずれかに参加した。

オンライン説明会は、最初理事長から企画全体の趣旨に関する説明を行い、次にブレイクアウトセッションで各大学別にインタビュー計画を作成した。計画内容は、施設、部署、インタビュー対象者、質問事項とした。最後に、全体ミーティングを行い、計画が重ならないように調整した。その後、8月中旬から各大学教員が個別に施設看護管理者とコンタクトをとり、インタビューを受ける看護職者、日時について相談後、決定した。学生はインタビューを行い、看護者の体験レポートをまとめた。インタビューに関する共通の計画を以下のとおりとした。

1. インタビュー対象者

石川県内の新型コロナウイルスに関連する業務に従事した経験のある看護職者

2. インタビュー実施者

石川県内の5つの大学（石川県立看護大学・金沢医科大学・金沢大学・金城大学・公立小松大学）

の看護学生

3. インタビューの方法

ウェブ会議システムを使用し、看護職者の体験の語りを引き出すための半構造化面接を実施した。質問紙は、各大学の看護学生が指導教員の指導のもとで作成した。

4. 倫理的配慮

本企画は、看護職者の体験をインタビューし、それをレポートするものである。研究として実施する意図はなく、研究としての倫理審査の承認を受けない。

趣旨を理解し、インタビュー内容が学術集会ならびに学会誌に掲載されることにあらかじめ同意した看護職者にインタビューを行った。

本企画においては、被験者の意思に回答が委ねられ、被験者の拒否の機会が保障された（質問に対して必ずしも返答しなくても不利益にならない環境や、答えることを暗に強要されない環境）。

インタビュー対象者は、学生が作成したレポート内容を確認し、公開される内容について了承した。

本企画におけるインタビューで得られたデータ（インタビューの録音データ、逐語録）に関して、個人情報が含まれる場合はその部位は削除したうえで保存した。保存したデータは、企画の成果発表終了後に破棄すること、発表に関しては患者個人が特定されないように配慮すること、最終的に看護実践学会学術集会および看護実践学会誌にて公開することとした。

体験レポート1 コロナ専門病棟における看護師の体験

金城大学看護学部 4年生 新田 華々、米田 彩華

インタビュー対象者

A病院コロナ病棟勤務看護師2名。

Aさん：看護師4年目 コロナ病棟2年目 一人暮らし（20代）

Bさん：看護師10年目 コロナ病棟2年目 自分の両親と夫と子どもと暮らす（30代）

インタビューテーマ

1. コロナ患者さんへの対応と特に気を付けていたこと

2. コロナ患者家族への対応と特に気を付けて

いたこと

3. コロナ病棟に配属後の日常生活の変化

4. コロナ病棟の配属について（心構え、必要な技術など）

結 果

1. コロナ患者さんの看護をする中で特に気を付けていたことについて

自分の身は自分で守らないといけないため、感染予防対策に一番気を付けていた。例えば、正しく感染予防具（TP）を着脱したり、患者さんの

ケアをしたあとはすぐ手を洗ったりする。自分の体調管理は前よりしっかりするようになった。

自分の看護観をどう生かしていくか、どう患者さんに寄り添っていくかを自分だけで考えるのではなく、カンファレンスや空いた時間で先輩たちと以下のように話し合いをした。

1) 患者さんの看取り時

患者さんと家族の時間をどう作っていくかについては、タブレットでの面会を行ったり最後のケアを家族と一緒にやるなどの工夫をした。

患者さんだけでなく、家族ケアも病棟全員で取り組むようにした。

2) 外国の方がコロナ感染者であった時

外国人患者は、言葉も文化も違い、仲間もいないため孤独を感じていると推測された。そのため、言葉も通じない中で看護師である自分の身を守りながらどう関わるかを考えた。

対応時間が長くなると感染リスクも上がるため、これらのことを考慮しながら関わった。

3) 認知症の患者さんがコロナ感染者であった時

今まではいかに患者さんのベッドサイドにいる時間を短くできるかを重視していたが、認知症の患者さんでは転倒しないよう工夫したり、トイレ介助ではスタッフが急いで感染予防具を着て対応したりなど患者さんに合わせて対応していた。

4) 「正しく恐れて感染しない」

自分とスタッフが感染しないことが1番大切であった。

普通の病棟だと当たり前に行えるケア（ゆっくり患者さんとお話しするなど）がコロナ病棟ではできないため、どうやったら話を聞いてあげられるか、ケアができるかを考えた。

2. コロナ患者家族と対応する中で特に気を付けていたことについて

A病院は16歳から入院できる。高校生がコロナウイルスに感染し1人で入院してきた。そのため、入院の説明や薬の説明、今後の説明が必要であり、これらを患者さんだけでなく家族の方たちにも説明する必要があった。しかし、患者さんの家族は濃厚接触者であり、病院に来ることができないため特例として電話でのやりとりを通して、患者さんの病状や経過などを伝え、家族の不安を軽減させられるよう対応した。

家庭内感染したため家族で入院してきた事例では、A病院では16歳未満の入院は許可されていないが、家族の中に16歳未満の子がいた場合は一緒に病院に入院してもらった方が良いと判断し、大

部屋の1室を1家族用として家族の時間を過ごしてもらえるよう対応した。

入院中の患者さんの濃厚接触者であった家族がコロナウイルス感染の疑いがはれ患者さんの荷物を持ってきてくれた。その際、看護師の言える範囲で患者さんの現在の状況を伝えた。

3. 看護師自身の日常生活での変化について

夜勤の際は実家にペットを預けるためよく実家に帰っていたが、コロナウイルスの感染が拡大し帰れなくなった。自分が感染しているかもしれないという恐怖からなかなか実家に帰ることができなかつたため、ペットと過ごす時間をより大切にしました。

家族とはラインか電話でしか会話できない状態が続いた。

病棟でコロナ感染の患者さんの病室に入った際は、勤務終了後シャワーをして帰宅していた。帰宅してもすぐ子どもと触れ合うことはせず、もう一度自宅でシャワーしてから子どもと触れ合うようにした。ご飯の時も子どもと一緒に食べないように、また子どもが食事しているときはマスクをつけていた。

どこから感染するか分からない状況だったため、自分の脱いだ服は袋に入れておいてすぐ洗濯していた。

乗り越え方は、コロナ病棟で勤務する場合時間外業務がないというメリットを意識するようにしていた。一番心強かったのは、感染対策の認定看護師からの言葉である。「子どもとすぐ触れ合ってもいいし、外食もしていい。コロナ患者さんの病室に入ったからって特別なことをしているわけじゃない」という専門家の言葉が心の支えになった。

4. コロナ病棟で看護するうえで必要な技術や知識

医師は通常の治療（外来・入院）や手術を行っていくことが必要なため、コロナウイルスに感染しないようにしなければならなかった。このことから、コロナ患者さんの病室に入ることができるのは看護師だけであったため、患者さんの症状などを正しく伝えて医師からの確な指示を受けることが大切であった。よって、自分が観察したことを正確に伝える能力が重要である。また、患者さんは隔離された環境にいて辛い思いをしているため、メンタルケアが必要である。さらに、患者さんを守ることができるようなアセスメント力、急変対応力が重要である。そのためコロナ病棟で新卒看護師の配属はしていない。

体験レポート 2 軽症者宿泊療養施設における看護師の体験

金沢大学医薬保健学域保健学類看護学専攻 4年 中藪 有咲、太田 茉佑

はじめに

新型コロナウイルス感染症の拡大により、感染者が増加し病院だけでは病床数が不足するという事態に陥った。そんな中、ホテル療養という新たな方法で患者を受け入れることとなった。今回のインタビューではホテル療養の発足の第一波から現在まで、関わっておられる看護師にインタビューの機会を頂くことが出来、オンライン上でのインタビューを行わせていただけたことになった。インタビューの内容について示していきたいと思う。

方 法

インタビューー：ホテル療養施設 青空ハウス
リーダー 中出 みち代 氏

日時：2021年、10月8日（金）、9時50分～11時30分。Web会議システムZoomで行った。半構造化面接法を用い、インタビューガイドに従いすすめた。Zoomの録画システムを用いて録音し、1名がインタビュアー、もう1名はメモを取りながらインタビューをすすめた。録音データは、内容をまとめたのち破棄することを約束し、インタビューのまとめをインタビューーである中出氏に確認していただき、発言の意図と異なる点について修正をいただいた。

インタビューテーマ

私達は病院での臨地実習をさせていただいたときに、闘病の辛さや不安といった、思いを表出される患者さんがとても多く、精神面での看護ケアを立てることがあった。ケアの一環としてお話をしたり、気分転換を行ったりなどといった「一緒に行くこと」を心がけてきた。新型コロナウイルスという未知の病気、また閉鎖という社会隔離の中で、患者さんは恐怖や不安を抱いていると考えた。対面が出来ないという状況で、どのようにケアをされていたのかを聞いてみたいという動機である。

そこから挙げたテーマが以下のとおりである。

『Q. ホテル療養施設において新型コロナウイルス感染症に罹患したことに加え、閉鎖環境にいることなど、不安な気持ちを抱えていた方への精

神面なケアはどのようであったか』

第1波の状況を主として語っていただいた。

結 果

A：看護過程の展開において、全体像の把握などの患者さんの看護問題、看護目標、ケア計画立案に必要な情報収集は、できないことの方が多かった

石川県初となるホテル療養の「青空ハウス」を立ち上げる準備期間は3日であった。緊急事態の中で人員を確保しなければならず、スタートでは12人の看護協会の人たちが集結した。病院は人材も環境も機械も整っているが、ホテル療養施設は病院のように人材も環境も機械も全然整っていなかった。とにかく「医療職の人たちを救いたい」、「患者さんの命を救いたい」という気持ちが強く、災害支援のような気持ちで取り組んでいた。

コロナ第1波の時は病院で入院していた方が、ホテル療養施設に移ってきていたので、患者さんの基本情報以外に最低でも病院からの検査データや患者サマリー、診療録の3つの情報は入手できた。しかしコロナ第3波の際は、自宅から直接ホテル療養施設に入所される方がほとんどを占め、緊急連絡先と患者さんの名前、年齢、性別といった個人情報しか得られなかった。どんな仕事をしてきたのかといった情報を聴くことも大切だと思ってもできなかった。「看護計画を立案する」ことは看護を行う上でとても大事なことはあるが、大事なことが後回しになってしまうほど、ホテル療養施設は緊迫した状況であった。

A：医療職と県の事務職員という職種の違いによって生じたずれや葛藤よりも、感謝の気持ち

病院では、患者さんの情報収集やオリエンテーション、健康観察の全てを看護師が担っている。しかし、ホテル療養施設では患者さんの受け入れや医療以外のことすべて事務員の方が担っており、看護師は患者さんの健康管理に全力を注ぐことが出来た。

A：医師が常駐していないホテル療養施設では、医師との情報共有は難しいことはあったが、不安や心配はそれほどなかった

開設当時は、事業本部長・医師（松任石川中央

病院・安間医師)が日中常駐しており、副本部長・医師(真柴医師)の従事もあった。以降は医師の診療体制が整い、現在に至るまで、医師は毎日13時から従事している。ホテル療養施設の医師は交代制(輪番制)であり、毎日違う医師との情報共有は少し難しかった。しかし、医師との連絡体制はしっかりしていたのでオンコール対応であっても困ったことはなかった。第1波では病院で療養を行ってからホテル療養施設に移る、という形だったので、医師の診察を通してという点ではさほど心配に思うことはなかった。

A: 電話のみがコミュニケーションツールであり、看護者以上に患者の不安が感じられた

今まで、看護はまず観察からであった。だからこそ、ホテル療養では対面は一切ない状況であることが、患者さんの表情を読み取ることや、タッチによるコミュニケーションなどは一切できず、どのように患者さんを把握・理解すればよいか困り、とても不安に感じていた。

また、バイタルサインの測定の際も対面せずご自身で行って頂き、少しのコミュニケーションもとらずに行くこともあった。電話の予定時間が他の業務で遅れることがあり、看護師以上に、患者さんはもっと不安な気持ちでいたと思われた。第1波では患者さんとのやり取りはすべて電話のみであったが、県民性もあってかたくさんお話されるというよりはどちらかという口数が少ない方が多く、電話だけでは難しいと感じた。(患者さんの状態について何うと「大丈夫」という方が多くそれ以上は踏み込まず、「そうですか」と電話を切ることにしかなかった。)

A: 1日4回の健康チェックの電話以外に、1日2回患者さんとの時間を持ち、患者さんに寄り添う時間をつくりだした

ホテル療養施設の退所の基準はPCR検査で2回陰性確認が必要であり、ホテル療養施設の患者さんは「いつPCR検査で陰性になるの?」、「早く家に帰りたい」と不安を口に出す方が多かった。ホテル療養施設では電話での健康チェックが1日4回あり、それとは別に1日2回、電話越しではあるが相談事やお話ができるような時間をとっていた。特にこの2回の電話ではじっくり患者さんとお話ができるように心がけており、唯一患者さんに寄り添える時間となった。

一方で、コロナ感染拡大につれて世間はコロナに対する恐怖で混乱しており、地域住民のコロナに対する偏見があった。コロナ感染した患者さん

に「帰ってくるな。」と暴言を吐いたり、石を投げたりといった言動がみられ、到底患者さんが自分の家に帰れる状況ではなかった。そんな状況もあり、患者さんのメンタルケアは療養中だけの話ではなく、退院後に元の生活に戻った時にも考えなければいけない。

A: 患者さんのそばにいてあげたいが、できない、というジレンマがあった

患者さんのそばにいてあげたかった。心が触れ合う看護を大切にしてきたが、対面は原則禁止だったので寄り添う看護が出来なかった。言葉だけの世界では患者さんがどんな表情をしているのかキャッチできず大変な思いをした。私たちが最も気を付けていたのは自分たちが感染しないということで、ホテル療養施設の事業が成り立つのは私たち看護師が感染しないことだったので、その時は感染しないということに必死だった。

看護計画には手を付けることができなかったが、それでも看護目標を立てて患者さんの心の不安を聞き、寄り添うことに専念した。看護記録も自分たちで探りながら作っていき、対応する人が変わっても患者さんの気持ちを汲み取ることを心掛けてきた。

A: 第2波以降に導入されたZoomのコミュニケーションツールにも限界はあった

患者さんの携帯電話からZoomを繋いでもらい、はじめて対面した。あらかじめ事務の方がiPad設置・操作をしていただけてとても感謝した。患者さんが不安なタイミングは入所直後と考え、Zoomでのつながりを必須としていた。しかし対面出来たとはいえ、表情まで汲み取ることは出来なかった。メインでの患者さんとのやり取りは引き続き電話のままであった。また、Zoomで対応した看護師とは別の看護師が電話でやり取りを行うこともほとんどだったため、患者さんも看護師も不安の中行っていた。

看護2人体制で、最大約140名の患者さんが利用されていた時は、手がいっぱいいっぱい時間的な限界もあり、健康管理はできたがZoomで繋がるということは出来なかった。今思えば、患者さんに十分な対応が出来ず患者さんの心に届くような看護が出来なかったと痛感している。(現在は最大5名の看護師がおり、患者さんの負担を出来るだけ減らそうとしている。)

A: 偏見をなくしたい

ホテル療養施設の患者さんへの偏見などはまだ残っていると感じる。どの時代もそうであるが感

染症に対する人間の反応は今も昔も変わらないと思う。みんな自分を守ることに必死で感染症に罹患した患者さんを、ばい菌のような扱いをすることが見られ、人間の感染症に対する無知は怖いと感じた。

インタビューを終えて

このインタビューを終えて、足りない情報、見えない環境、言葉だけの世界といった限りがある中でコロナ療養に全力で取り組む姿は想像以上のものでした。今回インタビューにご協力いただいた中出さんの体験を記載されている「青空ハウス」の看護の記録を読んで、「改善ではなく改悪は避けたい」というお言葉がとても衝撃的でした。患者さんの為と思って行ったことが看護師の負担につながったり、また看護師の感染リスクを高めたりすることに繋がってしまいます。思いやりや、優しさが、すべてがポジティブに捉えられるものではないと思い知らされた時はショックでした。

患者さんと自分たち、周りの人を守るためには心を鬼にすることは必要ですが、そのことはとても葛藤があったと思います。コロナ感染拡大によって医療現場が緊迫した状態だけでなく、子供から大人まで世間一般の人でも混乱していました。私たちはこのインタビューを受けて、コロナウイルスの現状を知るだけでなく医療現場でどんな方々がどんな苦勞でどんなことを行っていたのか知ってほしいと思いました。私たちは看護学生として医療に携わっている立場でもありますが、未熟で一般の方々とあまり変わらない部分もあります。そういった医療と世間の立場の間にいるということから医療と世間をつなぐ架け橋として、たくさんの人に情報を発信していきたいと思いました。

謝 辞

今回インタビューにご協力いただいた、中出みち代さま、また連絡を取り合って頂いた金沢大学の大桑先生、市橋先生に感謝申し上げます。

体験レポート 3 コロナ専門病棟（重症患者）における看護師の体験

石川県立看護大学 4年 賀田野 正汰、受川 美奈

はじめに

COVID-19の急速な感染拡大により、医療物資の不足や業務量の増加、感染予防策の見直しにより、看護師による患者へのケアは以前に比べ大幅に変化していったと考えられる。メディアでは、COVID-19の特徴や予防策、治療の進歩、感染症病棟の患者の様子等は報じているが、個々の看護師が体験している看護の変容について触れることは必ずしも多いとはいえない。われわれ看護学生がコロナ禍の中で多くの看護職が経験した中から学ぶことは多数あると推察している。

そこで、筆者らはCOVID-19による感染症拡大における看護の変容とそれに伴う看護師の経験について明らかにするため、I県内でCOVID-19患者の看護に取り組まれてきた看護師個人の体験の語りから学びたいと考えた。重度化したCOVID-19患者対応の最前線となるC病院に勤務する看護師1名にインタビューを依頼することができた。今回、本インタビューを通して学んだことを報告する。

インタビュー対象者

A氏の経験年数は13年間、現在の所属は、

COVID-19感染症病棟（重症患者受け入れ病棟）である。看護経験は、複数の内科系病棟勤務を経て、2020年4月に外科系の病棟に異動したところであった。

インタビューテーマ

COVID-19感染症病棟に勤務する看護師を対象とし、COVID-19感染症病棟に配属される前後の看護ケアや生活、精神面の変容を明らかにするための内容をインタビュー項目としてまとめた。

倫理的配慮

インタビューに際し、所属長には文書で、A氏には文書と口頭で次の事を依頼し了解を得た。1) 患者や医療者の固有名詞は用いないこと、2) 話したくないことは話さなくてよいこと、3) 不快になったときにはいつでも中断できること、4) 令和4年2月末に学生報告会にて報告すること、5) 次年度の看護実践学会で一部発表する可能性があること

結 果

インタビューは、第5波が収束した2021年（令和3年）10月に実施した。

A氏の語りの要約とキーセンテンスを下記のように示す。「」はA氏の語り、その中の《》は体験の中のキーセンテンスとして捉えた内容である。要約の過程で敬語・敬称等は省略した。

1. COVID-19感染症病棟に配属される看護師の選ばれる基準の有無

「《コロナ病棟を最初に立ち上げる時に中心になったのは急性期医療やICU医療の経験をされていた看護師》、《人工呼吸器を見られるスタッフ》だった。広く異動の意思を確認されていたが《30代ぐらいの看護師で経験もあって家族についての心配が少ない人》が多く声をかけられていた印象がある。」「基本的にコロナの病棟に所属している人は全員がレッドゾーン、グリーンゾーン関係なくどちらでも働く形になっている。」当該病院のコロナ病棟の立ち上げには、人工呼吸器を使用する患者の看護を担える看護師、家族への影響が少ないあるいは家族の理解が得られたベテラン看護師が想定されていた可能性を述べられた。

2. A氏がCOVID-19感染症患者の看護を担当するまでの経緯

「《コロナの部署への異動の打診はされてはいたが、4月に部署が変わったところだったので、お断りした。》しかし、スタッフが足りないとのことだったので、遅れて6月から行くことにした。」4月から異動したばかりの状況では、コロナ病棟への異動の打診には逡巡し一度は断わったが、スタッフの不足に遅れての異動となった経緯を述べられた。

「《異動の打診は病棟の師長から》直接お話をいただいた。《基本的には各病棟でアンケートをとっていた。》と、COVID-19感染患者への看護に従事する際の希望については上司からの打診と事前の調査があったことを述べられた。

3. コロナ病床に看護師が配属されるにあたり、一般病棟への影響について

「1つの病棟から多くて3人ぐらいが異動している。《コロナの病棟も一般の病棟もきついお互いがんばるって感じ》、「当初は、精神科の閉鎖病棟を、コロナ病棟としていたので、しばらく精神科の患者さんを受け入れられなかった。今は《外科系の病棟だったところをコロナの病棟に置き換えているので、他の病棟に患者を分散させて院内全体で対処》している。」コロナ病棟開設

に伴う一般病棟の看護師と入院患者への影響について述べられた。

4. COVID-19感染症患者の看護にあたる際にどのような影響があったのか

1) コロナ病棟に入るまでの影響

「《コロナ病棟の現状については、入るまで知らなかった。周りから大変だっという話は聞いていたけど、それは仕方ないと思っていた。》」「始まった当初はみんなまだわからない。《家族への感染も心配されていたが、私は一人暮らしをしているので、そこは全然抵抗はなかった。技術的に自分にやっていけるか心配だった。》」「《同じ病棟とか知っている友達とかスタッフに、相談はした》ね。」コロナ病棟への異動の大変さは周囲から聞いていた。その中で自分に異動を打診されることについては、生活上には抵抗がなかったが技術的にやっていけるか心配があったと述べられた。親しい同僚や友人に相談をしながら決意を固めたことが伺えた。

2) コロナ病棟に入った後の影響

「《スタッフがさまざまな部署から集まってくるので、人間関係とかもうまくいくのかっていう心配はあった。》」「行ってみたら《同世代で知っている看護師いっぱい、働きやすい病棟ではあった。》」「大変だけど、ICUとかの経験のある人もいて、《頼れる存在の人がたくさんいて、働きやすかった。》」「私はこれまで、《高度な医療っていうのを経験したことがなかったので、自分で大丈夫かなっていう心配はまずあった。》」「《コロナに感染する不安は全くないとは言えない。みんな頑張っているし、私もやれるっていう思いもあった。》」新たな病棟配属前に、未知の領域への心配を抱く一方、同世代が多く経験豊富な看護師の存在に安堵した体験を語られた。さらに自分にもやれるという自負を述べられていた。

「コロナの病棟の活動は他の病棟の人はあまり知らないと思う。コロナ病棟に関する広報誌みたいなものがあるが、《コロナ病棟のスタッフが院内で普通にいて不安に感じている人も結構いる。》」「《感染ハラスメントもちらほら聞こえた、今は減ってきていると思う。》」「実は《コロナ病棟で働いているってことを家族には言っていない。》以前、親が反対していたので、言っていない。そこは《心配させるぐらいなら言わないでいいかみたいなの。》それよりも《コロナの病棟で役に立てるのであれば、行こうかなって感じ。》《地元では、感染者とかが出ると差別みたいのがあり、余計親に言いづ

らなかった。』」「《病院がニュースで取材されて、顔出しをNG出しているスタッフもいた。》」コロナ病棟で働く中で感じた周囲からの懸念の思い、家族に与える影響から親にはコロナ病棟で勤務していることを言えていない、同僚の同様の体験について語られた。

「《最初の2、3ヶ月で精神面のこと、疲労や家族のことなど様々な理由で病棟を変わっていった看護師もいた。《元の病棟でメンバーが足りなくて戻った看護師》もいた。」「《重症患者へのケアを思い出して涙が出てくる看護師》もいた。」コロナ病棟の入院患者への過酷な治療を目の当たりにし、心身の不調から離脱を余儀なくされる看護師の存在を述べられた。

「辛いことがあるよねとか、《スタッフ同士で話すことで、何とか乗り切っている》とか思う。」

「《コロナ病棟では、まずはスタッフの感染予防第一になっている》ので、《コロナの患者は排菌してしまうので心肺蘇生をしない決まり。そこからできる事は何かというのを考えて、最大限できるケアをする。》」つらい状況をスタッフ同士で思いを表出しあうことで、ため込まないようにしていることが語られた。また、スタッフの感染予防が第一という病院の共通理解があり、その中でできる最大限のケアをするという看護チームの方針を述べられた。

3) 今後の見通しの不確実性

「《元の病棟に戻れるかと言ったら、その時になってみないとわからない。》」「《感染が落ち着いているので、コロナの患者さんは今病棟にいないので、《他の病棟に応援に行く勤務の仕方》をしている。それが逆にストレスだったりする。》」「《誰でも慣れない環境っていうのは苦しいこと。》《今後もこれからどういう風になるのかとか、コロナ病棟が閉鎖になったら自分はどこに行くのだろうかという心配はある。》」「《今後、燃え尽き症候群が起こらないとは言い切れない。》精神的ストレスって言う負担はあるのかもしれない。」今後の自分の勤務形態に対する不確実さと、現在の変則的な働き方に関するストレスについて語られた。このような状況の持続が燃え尽き症候群（バーンアウト）をもたらす可能性についても言及されている。

4) 看護師の精神的ケアについて

「《仲間内で話して、ストレスの解消になることはある。》話しやすくて、お互いの現状を理解し合っている。」「《コロナの病棟ではまずは《月一

回ストレスチェックを実施》している。《気になっていることがある時は、精神科医が面談をする時間が設けられている。》」

「《病院内のコロナ対策チームがあって、《そのトップ会みたいところで、意見をとり上げてくれたり》とかする。」「スタッフの精神的なケアとして仲間内の会話だけではなく、ストレスチェックや専門家のサポートがあると述べている。また、病院の上層部がコロナ病棟の意見を取り上げてくれるサポート体制があることを述べられた。

5) コロナ病棟に入る前後の生活の変容

「《レッドゾーンに入るときは感染防護服を着てケアをするけれど、そこから出たらもう普通。》」「《なんとなく気になって、帰ってすぐにシャワー浴びるとか、それは気にしているかなと思う。》」「《そんなに変わらない。《基本的な感染対策は気をつけている。それ以外はいつもと同じ感じで生活している。》」コロナ病棟で働いていても、一旦そこから出たら、いつもと同じ感じで生活していると語られていた。

考 察

1. COVID-19病棟に配属される前について

COVID-19病棟に配属される以前、A氏もCOVID-19病棟の現状について、院内のスタッフから口頭で病棟の概要を聞くのみであった。COVID-19について詳しい情報がなく、A氏もCOVID-19の感染拡大について不安を感じつつ、病棟の逼迫は仕方がないと捉えていた。COVID-19病棟を立ち上げる時に、A氏自身が病棟への異動に打診を受ける候補となったが、A氏は、4月に新しい病棟に異動したばかりであったことから一度は断った。しかしながら、COVID-19病棟の看護師の不足を聞いた時にA氏は当該病院に求められる看護師の役割に対する使命感やCOVID-19病棟で学びたい、自分もやれるという思いから、病棟のスタッフや友人に相談をしつつ、自身の意思を固め、コロナ病棟への異動を決意されたと推察できた。

2. コロナ病棟に配属された後について

高度医療の体験がないと述べていたA氏はCOVID-19病棟へ配属された当初、自分が重症のコロナ患者を看護できるか不安を感じていた。また、COVID-19病棟に配属されたスタッフは、さまざまな部署から集まったため、スタッフ間の人間関係についても心配されていた。

しかし、A氏はコロナ病棟における看護師は

ICUの経験者など頼れる看護師が多く、働きやすい職場であったと発言している。さまざまな部署で豊富な経験を有する看護チームが編成されていたことが伺えた。

また、COVID-19病棟に配属される前後において、A氏の生活は大きくは変わっていないと発言している。これは、COVID-19病棟で勤務することで、COVID-19についての知識・技術が深まり、適切な感染管理が出来ていれば、感染を予防できる自信が深まったためであると考えられた。

感染ハラスメントは少なくなってきたはいるが、コロナ病棟に配属された当時は院内からも懸念の声が届いていた。また、地域によっては感染者の差別も認められた。そのため、A氏は家族に負担を掛けないために、コロナ病棟に勤務していることは親には伝えてはいない。また、他の看護師もテレビの取材に対して顔が出ないよう配慮を求めている。これはCOVID-19そのものやコロナ病棟で働く医療スタッフの適切な情報が少なく、誤解を生じる情報が巷に流布していたためではないかと考えられた。

この対処として院内では、COVID-19病棟に関する広報誌を発行しており、病棟内でどのようなケアが行われているのか、病棟の様子について、院内スタッフが知ることが出来るような工夫がされていた。さらに、COVID-19は感染管理を適切に行うことが出来れば感染リスクを低減させることができる。専門職や一般市民に向けたさまざまな情報発信が、感染ハラスメントを抑制する方策になり得ることが示唆された。

一方、COVID-19病棟では治療方針として感染のリスクを高めるため、COVID-19患者の心肺蘇生は行われないことになっていた。また、過酷な治療を受けている患者を救えなかった場合には、医療従事者にさまざまな葛藤が生じたのではないかと推測した。A氏は入院患者への過酷な治療を目の当たりにし、心身の不調から離脱を余儀なくされる看護師の存在も述べられていた。筆者らはCOVID-19病棟がいかに壮絶な医療現場であったかということを知り、そこに従事する方々の苦悩に思いを寄せることができた。

COVID-19病棟勤務の看護師は、さまざまなストレスを抱えながらケアに従事している、そこで、院内ではCOVID-19病棟勤務スタッフ専用のストレスケアが実施されていた。月1度のストレスチェックが実施され、希望者は臨床心理士による面接を受けることができた。また、スタッフの要望

がコロナ対策に関する運営会議にも反映されるように提案することができた。スタッフの安全が第一であるという組織における共通理解は、スタッフの心の支えになっていることが伺えた。

さらにA氏にとって大きな心の支えとなったのは、同じCOVID-19病床で勤務するスタッフの存在であった。COVID-19病棟に配属されたスタッフは、さまざまな葛藤を抱えながらケアに従事しており、お互い理解し合え、スタッフ同士が支えあう良好な関係を築ける力を有している方々でもあったと理解できた。

3. 今後の見通しについて

A氏自身も今後の自身の進退について見通しが立っていなかった。現在、COVID-19病棟勤務のスタッフは、COVID-19の感染拡大が落ち着いているため、他の病棟に応援に行く形をとっていた。COVID-19の感染がいつ再燃するかわからないため、いつでも病棟を再稼働できるような体制である。しかしながら、応援体制は日々知らない環境に身を置くことになり、ベテランであるA氏にとってもストレスとなっていた。また、このような状態が長期間続くことにより燃え尽き症候群になる可能性についても触れられていた。病院側は今後のスタッフの見通しについて説明をすることが必要なのではないかと考えられた。COVID-19病棟に所属しているスタッフの勤務体制の安定が図られ、適切な勤務期間を考慮していくことが重要なのではないかと推測した。災害時の医療チームの派遣と同様の視点の必要性が示唆された。

まとめ

今回、COVID-19病棟に勤務するベテラン看護師へのインタビューを通して、看護師はCOVID-19病棟異動の前後に加え、今後の見通しに対して、様々な不安や葛藤があることが明らかとなった。しかし、重症患者の心肺蘇生は原則実施しないという治療方針の中で最大限の看護を提供していこうという言葉からは、コロナ患者の治療の限界はあっても看護に限界がないことを教えられた。

COVID-19病棟の看護に携わることは、これまで経験してきた看護とは異なる環境の中で、大きな葛藤が生ずると考えられる。その新たな環境に対してA氏は、使命感を持って、諦めるのではなく、新しい環境をどのように受け入れるかを考え、スタッフ同士で支えあいながら自身のストレスコーピングを行い、現状を乗り越えていた。

このことから、筆者らが看護を提供する際に、

困難な状況に直面した時、諦めるのではなく、患者を救う使命を忘れることなく、その状況をどのように受け入れ、打開するのかわかる重要性に気がついた。また、その際に自身のみの力だけでなく、職種に関わらず他のスタッフと協力して問題の対処を行う必要性について学ぶことが出来た。

謝 辞

本インタビューの実施に伴い、貴重な体験を学生に語ることに快諾下さいました看護師、インタビューの実施に向けてご配慮下さいました病院関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

体験レポート 4 コロナ禍の感染管理認定看護師の体験

石川県立看護大学 4年 受川 美奈、賀田野 正汰

はじめに

COVID-19に関するニュースは連日様々なメディアで取り上げられている。しかしながら、その内容はCOVID-19病棟の様子が多く、各地域でCOVID-19患者の看護にあたる看護師の思いまでには十分触れられているとは言い難い。感染が拡大していく中、看護師は、使命感を持ち日々看護にあたっていた一方で、仕事のみならず家庭生活等、様々な場面で制限や行動変容を強いられ、困難や葛藤を感じていたと推測される。

COVID-19看護にあたる看護師が感じていた葛藤や困難を乗り越えた経験等をI県内でCOVID-19患者の看護に取り組まれてきた看護師個人の体験の語りから学びたいと考えた。COVID-19患者対応の最前線となるD病院に勤務する感染管理認定看護師1名にインタビューを依頼することができた。今回、本インタビューを通して考察したことを報告する。

インタビュー対象者

B氏、経験年数：D病院18年

現在の所属：看護部

看護経験：複数箇所の外科系病棟を経験したのち、感染管理認定看護師の資格を取得した。

インタビューテーマ

感染管理認定看護師の業務の特徴やCOVID-19感染拡大下における役割、B氏が感じていた葛藤やスタッフとの関わり等をインタビュー項目として挙げた。

倫理的配慮

インタビューに際し、所属長には文書で、B氏本人には文書と口頭で次のことを依頼し了解を得た。

- 1) 患者や医療者の固有名詞は用いないこと
- 2) 話したくないことは話さなくてよいこと
- 3) 不快になったときにはいつでも中断できること、
- 4) 令和4年2月末に学生報告会にて報告すること、
- 5) 次年度の看護実践学会で一部発表する可能性があること

結 果

インタビューは、第5波が収束した2021年（令和3年）10月に実施した。

B氏の語りの要約とキーセンテンスを下記のように示す。「」はB氏の語り、その中の《 》は体験の中のキーセンテンスとして捉えた内容である。要約の過程で敬語・敬称等は省略した。

1. COVID-19流行前からの仕事の変化

「コロナが流行する前までは、《病棟で看護を行いながら、週に1日活動日をもって、感染管理の仕事をしていて》が、《コロナが流行拡大していく中で、病棟勤務を外れて、感染管理の仕事をメインで実施するようにと指示》があり仕事内容が変更となった。」B氏の日常の仕事が激変したことを述べていた。

また、「クラスターが早期に終息するように、県から要請があれば《実際にその施設に出向いて、患者さんのゾーニングを行ったり、職員の感染対策を整えたりした》。」院外の感染対策にも尽力されていたことを述べられた。

2. COVID-19病床の編成時の感染管理認定看護師の活動

「COVID-19病床編成時は《集中系部門の、コロナ対応部署の感染対策やゾーニングなどを担っていた。》」院内の中での自分の役割を述べられていた。

3. COVID-19病床設立にあたり大変だったこと

「コロナ患者さんのゾーニングを行うが、《目

で見て誰もが分かるように表示する》っていうことと、《エリア入る職員がゾーニングっていうのを理解していないとそれは成り立たない》、《その病棟に関わるスタッフすべて、看護師だけじゃなくて多職種だったり、清掃員の方も入っているので、全ての人がゾーニングを理解して対応しないとイケない》ので、みんなの意識を統一して、絶対グリーンゾーンにはウイルスを持ち出さないっていうところを、《みんなの意識を統一して対策を行っていくっていうところが大切》と思って実施していた。」と述べられ、当初は関係者の理解と意識の統一に力を注いでいたことが伺えた。

4. 感染管理認定看護師としての葛藤

「《実際に看護する職員にとっては結構不安、感染するかもしれないっていう不安が強い》ので、私達が説明したガイドライン推奨されている感染対策よりも過剰な感染対策を実施する傾向があった。《个人防护具は正しく着るというのも大事だが、脱ぐ時にいかに曝露しないように脱ぐっていうことがとても大切》になる。脱衣時に曝露しないように注意を促した。あと、《ガイドライン通りっていうよりも、スタッフの不安を解消するためにより安全な手順に変更》したり、《安全に个人防护具を着脱できるように調整》は行ってきた。」この語りでは、个人防护具の安全で正確な着脱の指導の中で、脱ぐときの重要性を強調されていた。「あとコロナの流行した当初は、个人防护具とか手指消毒剤が不足していたっていうのも結構葛藤で、防具をつけずに消毒もせずにコロナ患者さんに対応するっていうのは絶対できないので、《コロナ対応しているスタッフに必要な防護具とか手指消毒を必要な分使用できるように》っていうところで、《他の部署でなるべく防護具を節約したり、代替品を調達・依頼したりして調整した》。物品によっては《滅菌して再利用する手順を考えて、節約しながら対応》してきた。今は十分防護具もアルコール消毒剤も充分補充されたので、だいぶ葛藤は解消されてきた。」コロナ対応している看護師に必要な个人防护具や手指消毒剤がいきわたるように調整するためには、他部署のスタッフに節約や滅菌して再利用することも促すなど、感染管理認定看護師としての葛藤を述べられていた。

5. COVID-19病棟の看護師の役割分担

「集中型病棟とかはコロナ患者と一般の患者が混在しているので、スタッフは専従にした。《急いで防護具をつけて外して対応することで、もし

かしたら自分が感染してしまうリスクがある》ので、《スタッフ自身が、余裕を持って、防護具の着脱、手指衛生をできるようにした》というところで患者さんの専従になれるよう対応していた。」コロナ患者と一般患者が混在している病棟では感染のリスクを減らすためスタッフを専従とし、余裕をもって対応できるよう支援されていた。

6. COVID-19発生患者の看護にあたる際に、家族への影響を考慮し、家族を守るために選択されたこと

「私自身は、それまで実家に暮らしていて、母親と一緒に祖母の介護を行っていたが《コロナ対応を行うということで、私自身は防護具をしっかり付けて手指衛生していれば持ち帰ることはないって思っていたけれども、家族が心配っていうのもあって去年からは実家を出て一人暮らしを選択し》、介護は全て母親に任せた。」コロナウイルス感染症患者の看護に感染管理認定看護師として専念するにあたり、家族への影響を考慮し家族を守るために、一人暮らしする選択をされていた。

7. 多職種を含むスタッフに対する感染対策の指導について

「《現場に行くと、防護具の着脱がちゃんとできているのかその場で指導》したりとか、また手順を作ったりして周知したりしている。」「私に対しては感染対策に対しての相談が主であるが、私としては現場で対応できることは、《なるべく現場に出向いて直接コミュニケーションをとる》、できるだけスタッフの不安が軽減できるように心がけていた。」「《実際に行くと直接見て指導した方が、より細かく指導できる》し、《現場に行ってみて初めてこういうこともあるっていうのが出てくる》ので、解決方法も一緒に考えられたりできるので、やっぱり《現場に行くことって大切》だと思っている。」現場に出向いて、直接スタッフを見て、直接コミュニケーションをとって現場のスタッフとともに解決策を考える大切さを述べられていた。

8. スタッフの葛藤

「何か看取りの場面とか、《コロナ患者の看取りの場面で家族の面会ができないというのは、スタッフも葛藤があった》っていうところもあったみたい。最近ではガイドライン変更して、適切な感染対策を行えば病室で家族とのお別れの時間を設けられるとは言われているが、濃厚接触の家族は病院内には来院することはできない。そのような別れの時間を設けるということはできないって

うところで、最期の時の対応についてスタッフが葛藤しているような状況がある。《スタッフ間で、多職種でカンファレンスを行って情報共有したりし、1人で抱え込まないで負担を軽減できるように病棟内で調整している》ようだった。」コロナ感染症の患者に対するスタッフの葛藤に対して、一人でそのジレンマを抱え込まないようスタッフ間でカンファレンスを行って負担を軽減するようにしている取り組みを紹介された。「あとは《上司に話を聞いてもらうことで安心感を得た》りとか、あとは看護部長とか上層部の人から《患者さんも大切だけど職員が感染しないことが第一優先だっていうことを言ってもらえた》っていうことでも《組織から守られている》っていうことが安心感となって精神的な支えになっていたというスタッフもいた。」コロナ患者にかかわるスタッフは、組織から守られている安心感を話された。

9. 今後必要だと思うこと

「私の立場としては、コロナが流行して改めて《感染対策の基本って本当に大事》だと改めて意識したところで、《通常の平常の状態では感染対策を実施できていなければ、有事状況、アウトブレイクが起きた時には感染対策が実施できない》ので、《普段からの感染対策をみんなに実施してもらうということは大切》だなどと思っている。《職員の感染対策に対する意識も向上している》というところで、《改めて感染対策の基本を遵守できるように、今後も啓発していかねばいけない》と思っている。一般の人に対して、まだコロナは終息してないと思うので、基本的な感染対策、マスクしたりとか手指衛生したりとか、密にならないように、緊急事態も解除されているが、《特に食事する時はしっかり感染対策実施する》というところは心掛けていただきたいと思っている。」改めて、感染対策の基本の重要性を意識したこと、平常時にできないことは有事にできないことを強調され、認定看護師としての自負を述べられた。一方、一般の人に対して基本の感染対策の継続的な啓発の必要性についても述べられた。

考 察

B氏の語りからキーセンテンスを取り出す過程で学んだことをCOVID-19発生時から現在に至るまでの流れを踏まえて述べる。

1. COVID-19発生当初

B氏は感染管理認定看護師として、院内の感染対策活動を中心的に行っていた。しかし、

COVID-19の流行を機にCOVID-19病棟を中心に大規模なゾーニングを行うことになり、その病棟に立ち入る全ての人（看護師、多職種、外部の業者等）が共通認識を持つための工夫について考えるということに困難感を感じていたと考えられる。立場によって、基本的な感染対策に対する理解度や知識量は異なると考えられ、医療職間では共通認識している用語であっても、外部の業者、には理解しがたい用語（医学的な専門用語等）もある。そのため、誰が聞いても同様に理解できる言葉で説明し、誰が見てもわかりやすく示す必要があると考えられる。具体的な過程については不明だが、多職種及び外部の業者等の理解度を探りながらより分かりやすい形を模索していたのではないかと推察した。

B氏は、COVID-19対応を行うにあたり、実家を出て一人暮らしを始めたことだったが、感染管理認定看護師として自身の感染対策には自信を持っており、ウイルスを持ち帰ることはないと思っていた。一方で家族のことが心配だという気持ちもあり、ジレンマを感じていたと考えられる。しかし、感染管理認定看護師として病院全体の感染対策および家族を守ることの双方が可能となるような判断・行動を選択されたのだと推察した。

2. COVID-19流行拡大時期（第2～4波）

COVID-19に関連し、B氏が感じていた葛藤のひとつとしては、個人防護具や手指消毒剤等、感染対策物資の不足があった。病院全体をCOVID-19から守るために必要な物資が不足していることに対して葛藤を感じていたことが伺えた。不足しやすいものに関しては、調達する手段を考えるだけでなく、いかに節約して使用するか、衛生面を考慮した再利用の方法を考えるなどの工夫を行っていたということから、感染管理認定看護師の専門性を発揮し、対応を行っていたと考えられる。

個人防護具に関して、現場から不安の声や相談があったとのことだが、B氏の現場に出向き、より良い解決策を現場のスタッフと共に考えながら、スタッフの不安を少しでも軽減することができるようにという姿勢は、スタッフにとっても病院全体にとっても、安心して業務に取り組むための要素の一つであったと考えられた。直接顔を見て話をすることは、より安心感が高まるだけでなく、言葉や文字だけでは伝わりにくいことであっても、実際に顔を見て、手順を実際に見てもらいながら説明する、という「直接見る、聞く、実践する」という3つを同時に行うことでより理解が深まり、

スタッフの不安軽減につながったのではないかと考えられた。

感染対策に関して、推奨されているガイドライン通りの取り組みを、COVID-19の流行状況に合わせて柔軟に変更していたということも病院内での感染者を出さないための工夫として重要であったと考えられる。

「スタッフが感染しないことを第一優先」として病院全体で感染対策に取り組んでいるということから、COVID-19患者の看護にあたるスタッフの安全の確保を最重要事項として、感染対策及び心のケアによるサポート体制が病院の取り組みとしてだけでなく、スタッフ間の連携の中で自然と生まれていったのではないかと考えられる。

感染対策物資の不足に対する葛藤は、物資の供給とともに解消されてきたとのことだが、一方でCOVID-19患者の看取りに対する葛藤は未だに残っている。COVID-19の感染を広げないためにも、病院では大規模な面会制限を行っている。このことは、患者の看取り等の場面に家族が立ち会えないという状況が発生しており、スタッフの葛藤の一つとなっている。患者、スタッフ、家族の安全を守るためにはガイドラインを遵守することは非常に重要であるが、家族にとって患者は大切な家族の一員であり、最期の時を共に過ごすことができないことは、家族にとってもスタッフにとっても心が痛むことであると考えられる。

D病院ではルールは守りつつ、どのようにしたら最期のお別れの時間を設けることができるかについて、多職種でカンファレンスを行い、試行錯誤していることが伺えた。多職種間で情報を共有したり、意見を出し合ったりすることで、より患者・家族のためにできる最大限の配慮を行うことにつなげようとしているのではないかと考えられた。スタッフの葛藤についても、多職種間で解決しようとしている姿に、それぞれの立場で患者・家族にとって最適なケアを行うことができるように調整を行うことの大切さを実感した。

3. 現在 (COVID-19流行第5波)

B氏は感染症対策について、平常時から取り組むことが重要であり、今一度感染症対策の基本を医療従事者だけでなく、国民全体の取り組みとして強化すべきだと述べている。B氏をはじめCOVID-19と闘う医療従事者たちは、COVID-19を「感染症対策を見直す機会、強化するきっかけ」として前向きに捉え、感染症の脅威に臆することなく、医療者としての使命を持ち、日々COVID-19

の看護にあたっていると考えられる。また、病院内での感染症対策で完結するのではなく、地域生活においても感染症対策の基本であるマスク着用、手指衛生、黙食・孤食、3密を避ける、などの取り組みを全ての人々が日常的に実施していくことが非常に重要であると学んだ。

まとめ

B氏は感染管理認定看護師として、使命感を持ち、院内・院外の感染拡大防止に努めてきた。その活躍の裏には、家族を守るために家を離れる決断や不足する感染対策物資をどう補充するか試行錯誤を繰り返すなど、多くの困難や葛藤があったことが明らかとなった。しかし、日頃からのスタッフとのつながりや感染管理認定看護師のネットワーク、家族の存在がB氏を支え、困難な状況を乗り越えてきたのだと考えられる。

感染管理認定看護師は感染対策の専門家であり、これまでの経験から感染対策についての指導を行ってきた。しかしながら、知識を一方的に指導するのではなく、現場に出向き、現場の声を聞きながら、また感染状況をみながら、感染対策を柔軟に変更することで、より効果的な対策を実施することができたのではないかと考えられる。そのため、状況をどのように受け止め、どのように解釈し、どのような過程を踏んで全体に周知していくかという流れの中に、看護師だけでなく多職種や外部の業者等を巻き込み、共に考えていくことが大切だと学んだ。既存の方法が必ずしも良いとは限らないことを念頭に置き、様々な意見を取り入れながらブラッシュアップしていく、また情報共有を密に行い、新たな取り組みの実現可能性を高める工夫を考えていくことが必要であると学んだ。

看護師は、立場が異なっても「患者のいのちを守るための看護」を行っていることは共通している。その背景には、スタッフのいのちを守ることを最優先とする病院の方針や、スタッフ間の連携、家族の協力、感染管理認定看護師の活躍等、様々なサポートが実施されていることを知った。1人で抱え込まないこと、周りにサポーターがいることを忘れず、頼ることの必要性を学び、1つひとつの状況に対して考える力、対処する力を今後身につけていきたいと思う。

謝辞

本インタビューの実施に伴い、貴重な体験を学生に語ることに快諾下さいました看護師、インタ

体験レポート 5 感染症指定医療機関における看護管理者の体験

公立小松大学保健医療学部看護学科 倉坂 菜月、町田 万里菜

インタビュー対象者：小松市民病院 看護部長
太田裕子（おおた ゆうこ）

町田 まず一つ目の質問として、石川県がコロナ禍となった初めのころ、特に小松市でクラスターが起き始めた頃についてお聞きしたいと思います。やっぱり病院自体も勤務状態とかが結構不規則になってしまったり、基盤ができてない状態だったと思うんですけれども、そのクラスターが起きた初期の頃に看護部長さんとして看護師さんの勤務形態とか病院の回し方をどのような工夫、対策されていたのかあったらお聞きしたいです。

太田看護部長 一応どのように経過していったのかをまとめてはあるんですけど。本当に忘れていくみたいな感じでこれはきちんとまとめておかないといけないと確かに思いました。あの、2年前でしたね、武漢でお正月頃から始まって、ちょっと他人事的なイメージがあって、ちょっと冗談のような。

町田 そうですね。

太田看護部長 本当にコロナが流行り始めた時に、その時は感染指定病院だったのももちろんその対応はしなくちゃいけないっていうことは県の方からも報告を受けていて。「覚悟せんなんね」って思っていたんですけどね。でもうちの病院は感染の受け入れ指定病院なのにそういう対応するような患者さんが今まであまり入ってこなかった。

普通の一般の病棟として。感染病床は実は4床あったんですけど、そこまで一般の患者さんも受け入れたりしてました。感染症患者さんが全然入ってこなかったの。

なのでその師長さん、スタッフは感染の認識、ここが感染指定のある病床であるっていう認識も薄れていたんです。

そこでそういう人が来ると陰圧の管理ができる部屋に入れますよって言うことがなかなか。受け入れができない状況で。

まあ自分たちもそうなんだけど、師長、副師長、スタッフに「頼むね」って言っても、不安で不安で。その時に看護部だけではなくてやはりその感染のICD (infection control doctor) っていう先生がいらっしゃって、その方からチェックとかしてもらって。コロナがどういうものなのかははっきりと全然わからない状況だったので、とりあえず感染しない状況で「頑張ろうー」みたいな。「私たちもわからないけど一緒に頑張ってる」という呼びかけをして。

最初のころはひどかったですよ、タイベック®防護服（使い捨て不織布白衣）をして対応してたかな。軽症の方も。

段々慣れてくるとそろそろきちんとしたその防護服というものもきたので、感染管理認定看護師の方から少しちょっと変えてもいいんじゃないかっていうこともあって。

でもまだまだ病棟はコロナに移りたくない一心でタイベック®防護服を外すことができないような、まだまだ信じられない、「その気持ち分かる」みたいなところもあって。

しばらくはタイベック®防護服での受け入れてた。まだそんなにたくさんの人を受け入れてたわけではないので、タイベック®防護服を外すか外さないかの、そういうことのディスカッションを繰り返しながらやってきたかなと思います。

あと、そこの病棟をいよいよ拡大しなくちゃいけないっていうことになった時には、消化器系のオペ後の患者さんを受け入れしたりとか、結構の重症患者さんを受け入れてた病床だったので、その看護師さんたちの認識がね。今まではそういう人たちを見るために看護すごい頑張ってたのが、突然感染の病棟になったっていうところの。

涙でてるね。

まあその、一つ辛いことがあったのが、看護師の1人が「こんなの看護じゃない」って言って。

たぶん患者さんの中に大変な方がいたんです。看護が必要な人なんだけど、なんか自覚のない患者さんで、「自分は病気になるわけじゃないのに、移されただけでなんでこんなところに入らんなんの

や」って。看護師に向かう時に、かなりの罵声じゃないですけど、扱い方はかなり。まあ言うところがないから受け止めるしかないんだけど、若い看護師さんで1人ね、つらくて「コロナの看護したくない」って。「こんなの看護じゃないんで」って。まあでも、そうやって表出してくれたから、良かったけど。でもそこで別の患者さん対応することで、他の表出できなかった看護師さん達も、寄り添ったりとか、そして改善してきた。

でもそんな時に、在宅に帰って実は死ぬかもしれないっていう状況になった患者さんがいて。納体袋まで準備していた患者さんが元気になられている一例があって。それでなんか「これであたしたちなんか看護が見えてきました。所作も大丈夫だし。私もうここでやっていけるから。」ってその子が言ったんですね。

こういう経験がないとあの子たちはずっともしかしたら、看護のやりがいか、あまり感じるものがなかったのかもしれない。その人には本当に大変な期間があったからこういう言い方は申し訳ないんですけど。本当に死ぬ思いもされて「遺言書まで書いたよ」って。先生方もすごい頑張ってたので、多分、よく「1チーム」っていうけど、そういうことができた。なんかみんなちょっとやりがいか肯定感できたんかなって。今までやっぱり消化器の勉強しようとか、違う分野の方にもっとジェネラリストとして、いろんな面とか極めようと思っただけの感じが、全体的になんかちょっとコロナによって無理矢理させられた感じがあったんだけど。患者さんとのやり取りの中で、自ら見出してくれたこととか、みんなで一つに向かって回復に向かってやり遂げれた成功事例とか、必死にやったからできたんじゃないかなと。それを周りできちんと定期的にコロナ会議とかね、なんかそういうので支えて、やらなくちゃいけないからね。

病院では月に何回とかいう決まりはなかったんだけど、ほぼ定期的にコロナ会議を行って、管理者とか病棟の師長さんとかといろいろソーシャルディスタンス守って。最近ではズームで、定期的になにかあるたびにやってる感じなんだけど、そういうことで一つになれたんかな。

最初これ（コロナ会議）は本当に大変でしたね。最初は師長さんとか、管理者ばかりで始めたりとか。募ってみたいところがあったんですけど、たぶん最初の頃募っても誰も手上げ絶対しないと思ったんですね。

「とりあえずお願いします」って感じでその病棟をお願いして。その師長さん副師長さんのストレスはすごい高かったと思うんですけど。そのころは院長、部長、副院長とかが、もうどうしていいのかわからなくて、「とりあえずやるしかない」みたいな。みんながなんか不安だけど、不安感あまり出さないで、看護師たちをとりあえず励ましながら、バックアップ体制してたと思います。

今は段々とね、なんかいろいろと行う度に院長と一緒にお願いしに行ったりとか、そういうことができるようになってきたので。自分たちの人材育成にもなってるかなって。管理者はどうあるべきなのかとか。そこはコロナのおかげで言ったらちょっとあれなんだけど、病院が一つになっていくっていうのは少し早まったな、と。

倉坂 ありがとうございます。先ほども1人の看護師さんがちょっと心配な思いされたっておっしゃってたと思うんですけど、部長さんがいろんな看護師に向けて、しんどくなってしまったメンタルをどうやって保たせたのかなっていう。例えばお話されたりとかそういうことも聞きたいなと思います。

太田看護部長 なにかあるたびに緊急の会議っていうのは率先して、してたかもしれない。しょっちゅうやってるからプロセスとかはなかなか思い出せないんだけど。

精神状態メンタルが一番心配だったので何をしたらか言ったら、やっぱり部署に頻回に訪問に行くっていうこととか、一人一人に「元気でやってる？」って言う事聞いたりとか、アンケートとかでなかなか一対一でも言えないようなこと聞きました。仕事だから面接もなかなか出来なくて。多重課題やったね、確かに。自分自身もちょっとキャパオーバー的なこともあったので。アンケートで協力してもらって。

アンケートでこの部署でやっていく自信があるかどうか、家族状況で問題ないとか、個人でなにか、眠れないとか。食事が進まないとかなんかそんなことがないかみたいなアンケートを最初の頃だったかな、何ヶ月かして。

結構風評被害的なこともあったね、みんながやっぱりコロナから仕方ないけど、客観的に私達は見なくちゃいけないけどやっぱり巻き込まれていく看護師とか、普通の職員、看護補助者さんもいま

すし、掃除のおばちゃん達もいるしっていうところで、アンケート取りました。

アンケートとして、実際にお話をしてる中で「大丈夫です」って言うてる子の中にも、本音で「なんかすごく不安です」とか「実は母親がちょっと疾患をもっているから、うつったら自分よりももしかしたらこの人が酷くなるかもしれない不安が大きいです」とか、いろいろ綴ってくれて。それは色々参考資料とかにして。

で、皆にはまだ1年目、2年目で全然まだコロナの治療薬とかが不確定で。はっきりしたコロナのうつらない対応策というのが無かったので。メディアに翻弄されることもあったし。ICDのほうからきちんとしたいろんな対策とか、こういう風にすればうつらないよと言っていただけでも、やはり不安でした。

そういうこと書き綴ってくれた人には、「少しずつ異動していただきます」ということをまず表しました。

町田 他の部署にですか？

太田看護部長 そう、他の部署に。ただ、みんなが学習能力が高いもんでばっちりやってるんですよ、裏腹に。

感染に関しては、重症患者さん相手にきちんと治療を行える人達だったので、なんかあんまり全面的に変えるとまた一からになっちゃうから。それはストレスなのでやっぱり異動は少しずつやります、みたいなことを公表して。

もちろん管理者、師長さんも一年で異動しますよ、とか。そういうこと言ったら、先が見えるじゃないですか。それが大事かなとおもって。

まあでも「異動しなくてもいい」って人もいますよ。「この病棟で私頑張りたい、やりがい感じてるんで」って。その人にはちょっと時々病棟行って面接しながら「大丈夫か」みたいな確認して。まあそれでも「この病棟で頑張ります」って人がいるんだけど。そういうこと確認しながら今もやってるかな。

もう一つ、コロナ病棟だけではなくて全職員もやはり不安で。いつどこでまみれて（コロナが）患者さんの中に来るかわからないので。もし自分がうつったらまた相手にうつすかもしれないっていう。

あと、やはり風評被害的な感じで、お電話があったり、直に受けたりするっていう。あと、コロ

ナ禍で皆さんもそうだけどころなものを自粛させられてるじゃないですか。その中で精神的に辛い思いしている人はいないかという心配もありました。

この病院にはありがたいことに精神科認定看護師、リエゾンチームがあるので、回ってくれないかとお願いました。それで本当に良かったのが、この病院ではほぼほぼ正規の採用の職員だけじゃなくって、委託の、給食の方であったり、材料室とか、掃除の方とか、委託業者を隔々まで一人ずつこ確認してくれて。全体的な個人情報を特定されずにしてくださいってお願いして。表出してくれた方々には、精神科の来てくれている先生に紹介していただいたりとか、自分たちが定期的に関わっていったりとか、そういうことをしてくれたのが、良かったかなと。

4月5月にこの病院でクラスターになってしまって、その時はみんな必死だったので、もう早くも抑えたいってということで、災害会議みたいに切り替えて、CSCA*ってね、災害の本部作って毎日毎週しっかり管理してたんですよ。その時はみんなアドレナリンがぶわーって出てるから、それなりに頑張りました。でもその後もやっぱり怖いよねっていうので、県の先生が心の相談に関わってくださって、なんか一応アンケート調査とかもあったんだけど、協力して頂いて、気になる人はきっちり面接されて、個人情報特定しないように関わってくださってそれはありがたいかな。私たちも自覚はなくても絶対に何か不安やストレスがあるって言うことで、無理やりそこで先生に面接していただきました。その先生がおっしゃったんだけど、「他の病院と違う」って仰った。ここはいろんなことが求められてるから、しょっちゅうアドレナリンが出て、クラスター終わったら次の事、また次の事、次の取り組みみたいないろんなことで、意外と頑丈っていうか、少しめげてもなんとか自分で頑張ってプライベートでこういうことしようとかができていうって。

こうやって先生が仰ってくれて、関わってくださるのは嬉しいです。

今多分まだまだ、まだまだ先が見えて無くて。次から次へとなんか課題が出てきてるかなって状況です。だから、みんながなんかおちおちと精神状態悪くなってられないって部分もあるかもしれないね。

まあそんな人もいるし、実際にそもそもちょっと弱い気持ちの人もいたので、そういう人は精神

にきちゃってるところがあったので、「お休みとりなさい」って言った。こういう病院だからいろんなことしなくちゃいけないかもしれないけど、お休みは福利厚生的にはそこはきちんと取らせてあげようってことで、「ちゃんと診察受けて、診断書もらってお休みしなさい」って事で。

コロナとは関係ないとは思うんだけど。2名から3名ほどちょっと休暇とってる人もおるし。潜在的に疲れてる人がもしかしたらいたら、1週間休みますって言うんじゃないくて「2週間とったら」とかせめて管理者の方が方向転換してなんかその体を休ませることがまず第一かなっていうことで。「2、3日じゃなくて1週間、1週間じゃなくて2週間」みたいなこと言ってもいいですよみたいな。

こんな病院やからやっぱり体を休むことから始めるかみたいな、ちょっと単純なんだけど。心に関してはなかなか自分から取り戻すのは難しいので。やっぱりそういう第三者の方のアドバイスとか、話を聞いてもらうとか、私たちも話を聞くとかが必要だと思います。なんか変にアドバイスしすぎたら、だめかなあとも思うけど。話を聞く、後は身体を休ませていくことをしていかなんとかのかなって。

町田 ありがとうございます。

私の素朴な疑問なんですけど、先ほど、看護師さんの生活面、休息の面についておっしゃられたと思うんですけど、コロナでクラスター起きてバタバタの時とかってちゃんと皆さんがきちんと、病院とプライベートを分けて休息をしっかり取れたのかなってお話を聞きながら疑問に思いました。

太田看護部長 あのですね、クラスターの時とりあえず何をしたかと言うと、正直「せざるを得なかった」、物理的なんだけど、まず入院をしばらく控えさせていただいて。うち救急指定病院なので、救急で来る方は一部受け入れはしていたけど、計画入院の方は全面ストップしたり、外来をちょっとセーブしていました。本当にかからないといけないう重なる方はやっぱり来るので、それは診てましたけど。なんとなく定期的な方とか、まあがんの拠点病院でもあるので、化学療法はずっと営業させて頂いたんやけど。それ以外の方々はちょっとストップして他の病院に紹介とかしていました。

電話対応とか環境改善の所に、すごい時間が潰されると思うんです、スタッフは。だけど、その代わりきちとお休み取ってやりましょうよってことで。

なんか世間にはあんまり言えないんだけど、その間に休みなさいって言った。

町田 私たちのイメージだとやっぱり看護師さんは、本当に毎日と言ってもいいぐらい前線で働いてるっていうイメージだったので、おうちとかにちゃんと帰ることができているのかが心配でした。

太田看護部長 (質問者の発言中に) 働いています。

(質問に対して) でもそれは帰れた。何が大変やったかって多分精神的ダメージ。と、なんか次から次へと大部屋の方から毎日PCR検査して。「あ、マイナスやー！」って喜んだ矢先に次の日に「プラスになってます」とかそういうことがあったので。患者さんもすごく、さぞ不安やろうし、この病院にいたばかりにっていう、なんか申し訳なさとか、自分たちの何かが悪かったのかとか、なんかそういう精神的なものとかがありました。自分たちの感染対策って甘かったんけとかなんかそういうところが辛かったと。まあみんな必死でしたね。えーっと、でも放射線技師さんとか理学療法士さん、そして薬剤師さんみんなが自分たちの仕事以外に配膳手伝ってくれたりとかしてくれました。お掃除、環境整備ですよ、毎日みんなで行ったかなって。もちろんちゃんときちんと休んで、時間守って。意外とあの頃は時間が足りなかったかなと。

倉坂 北岡先生が看護部長さんがこのコロナ禍であっていつも笑顔でいらっしゃったって言って。もちろん他の看護師とか職員さんたちのメンタルヘルスの方法もたくさんあったと思うんですけど、看護部長さんの、自分のメンタルヘルスの取り方とか信念とかそういうのがあったらお聞きしたいです。どうやって心を保ってたのかなとか。たくさんこなさなければいけない課題とか、気にかけることもあったと思うんですけど。

太田看護部長 自分が看護部長になったときには、やっぱり、三百何十人の看護師さんとか、それに影響する職員とかたくさんいると思うので、やっぱりきちんと覚悟を決めなくちゃいけないかなー

って。人間には限られた時間ってあるので自分が定年まであと何年とかあるじゃないですか。だからその限られた時間精一杯やりたいなっていう。その管理するっていうのをきちんとやるには、まず自分が精神的に健康でなくてはいけないし、体力っていうことも考えていかなくてはいけないし、だから無理しすぎてもダメだし、支えてくれる皆が必ずいると思っていました。自分一人で、この病院の中の管理をやってるわけではないので、たくさん先生方とか、あと副部長とか師長、看護師長さんとか副師長さんとかを絶対巻き込んでやっていこう、っていうことを。悩んでることをあえて口にしたりとか。でも口にしたらやっぱりそのキャパ的にオーバーな人がいました。でもやっぱり自分の悩みを聞いてくれる副部長とかそういう方達がいるので、そこは絶えず相談とか連絡とか絶やさずやりましたし。

師長さんにも言ったのは「気軽に連絡して、土日でも祝日でも、夜でも夜中でも何かあったら連絡して」っていうこと。お互いに悩んで、「本当やね、どうするー」みたいな。答えも出ないようなこともあったけど、でもいつかは絶対答えが出るので。連絡し合えるというのはすごい大事な。私は自分で分からないことは院長に聞きますし、感染の先生方にも聞きますし。

あの一、やっぱスマホ大事やね。スマホでなんか最初の頃はグループ作ったんです。院長先生や感染の先生と感染の認定看護師と。それでグループラインにして「こんなこと言うんですけどこれ正しいですか」とかいろんな質問投げかけたことにすぐ反応、休みでもしてもらったり、それはやっぱり良かったんじゃないかな。私にとっても。なんか「絶対に負けるもんか」ってコロナに。ていうか、励ましの言葉をやっぱり自分の病院内だけじゃなくて外部の看護部長とかとも繋がって掛け合うっていうのは大きかったですね。

看護協会ありますよね。看護協会長さんやその職員の方だったり。後いろんなところの部長さん方と繋がってるので、メールで励まし頂いたりお電話くださったり。ああいうのはすごい嬉しかった。それで、単純だからね、「よっしゃー！」みたいな。「頑張るぞ」みたいな。嬉しいっていうことをまた相手に伝えたりとか、皆に「こんなふうにしてみんな見守ってくれとるよ」って。「そうなんだー！」って。またそのスタッフに伝えたりとか。そういうのはよかったんじゃないかなーと思います。

町田 ありがとうございます。最後に、実習の事についてなんですけど、私たち4年生は領域別実習も統合実習も、残念ながら学内実習だったんですけれども、今年の2年生、3年生は受け入れされたって聞いたので、その決め手とかあればお聞きしたいです。

太田看護部長 そうですね。4年生のみなさんには実はこんなこといったらあれやけど、本当は受け入れたかったんです。でもあの方針で、オンラインの実習に切り替わるってなって。まあ受け入れについては残念だったけど、私たちの後を引き継いでくれる方達なので、医療者の卵だからきちんと信念とかマインドって言うんですかね、そういうのはみんなあるはず。看護師を志願して、来てる人たちなのでそこは、信じようってことになったのと、先生方にも私ちゃんと確認してます。良かったですね、「当然だよ！」って先生方が。「そんなの怖がってても仕方ないよ」みたいな。そういう声があったから私は胸張って受け入れますよ、こっちは。でもなんか起きたときに先生方が不安やったら正直におっしゃってくださいって言いました。そのときは先生方もキャパオーバーになっちゃうし、「1人ずつ面接してください」なんてやっぱり言えないから。准看の学生さんも来てるんだけど、やっぱりこの間残り2日残して中止になったんです。やっぱりちょっと濃厚接触者の濃厚接触者でかなり不安になってらっしゃるということで残り2日残念やけど。でも不安のまま1週間2週間過ごすの辛いだろうし、一旦中止されてもいいんじゃないですかと。2日間ぐらいなら許してもらえらるでしょう。県かなんかの実習のカリキュラムみたいな決まりはあると思うんだけど、それは大丈夫やってことを確認して中止にしたりとかはしました。

町田 今の実習に来れている学生は、患者さんともお話ししたりとかはできているんでしょうか。

太田看護部長 場合によっては「してもらっても全然良いですよー」ってことは言ってます。ただ、学生さんも守らなくちゃいけないので、変に濃厚接触者にならないような感じで看護師に「ちゃんと見守ってね」、とは言って。

濃厚接触者の基準でね、いろいろほら、15分以内とか、なんか咳き込んでるその時はきっちりとした N95マスクして吸痰するとかいろいろ決ま

り事あるんだけど。「咳き込んでる患者さんとは接触させないでね」、とかエアゾルとか心配なので「呼吸器系の患者さんは注意」、とかかなっていうことは最低限整えながらお願いしますって。

後は普段できる手の消毒とかマスクのきちんとした付け方とか「アイシールドしてきてもらって」ってようなことはお願いしてもらっていました、実習指導に関わる責任を持ってる看護師さんには。

町田 学生に対して、やっぱり病院の関係者以外を病院に受け入れるって相当な覚悟が必要だと思うんですけど、なにか実習に来るにあたって学生に求める事ってありますか。感染予防とかもそうなんですけど、結構やっぱり学生何人も受け入れるのってかなりの勇気がいると思うんですけど。

太田看護部長 何かまあうちの病院のっていうかガイドラインがあって。なんか、なかなかそんなことわかんないんだけど、「なるべく人が密集している所にも行かないようにしてくれないか」とか、2週間以内やったっけな、「県外には行ってないか」、とかなんかそういう基本的なことは守ってほしいなとか。そういうのは言ってますね。

あとはなんか。「学生さんの気持ちに沿ってね」っていうのはみんなに言ってる。あの、何かという色んな事が規制されていっちゃうので、普段の実習みたいなわけにはいかないですよ。なかなかこう普段の実習みたいに、患者さんに濃厚接触したくても濃厚接触できない場面に出くわしたりとか、ジレンマを感じるんじゃないかなって思ったりもすることもある。あなたたちも患者さんを尊重したいっていう思いがあると思うけど、それを全方向的に向けられるってことが看護師。指導する看護師に対して、「自分以外の人たち（学生）は、何か自分のやるべき事を頑張りたいと思ってやって来るわけやから、その気持ちに寄り添いながらやってね」って言ってました。本当は（実習での実技を）してもらいたいけど今はできないねとか。まあそういうふうな思いで実習受け入れはしたいと思っているし。あと学生さんに対しては、私は未来ある人たちなので、なんかよっぽどのが起きない限り受け入れはしていきたいとは思っています。なのでまあ残念やったよね。あの、受け入れしたかった、最後まで受け入れするつもりでいたんですけど、いつの間にか中止になっちゃって。

町田 では学校側から中止と言われたんですか？

太田看護部長 えっとね。とにかく学校全体がなんかオンラインに切り替えるって話になっていて聞いて。でも確かに責任ってそういうことなんかとも思いました。自分達の環境も整ってないのに気軽に受け入れっていう、こっち側からすると、そういうことがきちんとしているかどうか決まっていなくて、自分の気持ちだけで受け入れするっていうのは相手に対してなんか無責任であるかなって思う。そのときはそう思ったんだけど。そうやってオンラインでするって言われた後は、あの一大学の先生方もちゃんと客観的に自分たちの実情を見たり、世の中の実情を見て。まだほら、コロナ禍に対してのメディアも悪いとは思いますが、いろんなこと言われてたし。学生も守って患者も守って、まあその他の職員も守ってっていうことになる、やっぱり今年はオンラインっていうふうには覚悟しました。でも前向きになんか説明にも来ていただいて、「ああオンラインってそういうふうにはされてるんやな」ってのがわかったし。それはそれでまあ失敗でも成功でも何でも無いけど、小松大の1番の最善最適やったし、私たち迎える側にとっても最適やったのかなと私は思っています。いや、本当はね、お会いできたらよかってんけどね。

インフルエンザから始まって。インフルエンザもすごかったんですよ、その前。その、武漢のコロナから始まる直前まで、インフルエンザがすごい流行してて。そっちの対策しとったところに、コロナか、みたいな。コロナのおかげでインフルエンザ全く流行りませんでしたけど。ワクチンなんて打たんでも良いんじゃないのって感じで。

皆さんも大変ですね。

倉坂 そうですね。実習に行っていないので就職してから怖いですね。

町田 やっていけるかな、ついていけるかなって正直思います。

太田看護部長 そうですよ。まあ生身の人間っていうか、ひとりひとりなんか生えているいろんなものもあるやろうし。何考えてるのかわからないし、看護師でもトラブることがあるから。いろんなこのコロナ禍だから、不安を抱えながら入院してくる患者さんもいらっしゃるし、そんな中

に入っていかなくちや行けないし。大変かなって思うね。受け入れ側としてはね、新人担当者研修会みたいなものがあるんだけど、そこに出席してくれてる病院は絶対にきちんと体制を整えているかなと私は思います。分かっているもんね。実習期間が少ないこと、経験が不足していること分かっているから。うちも今体制作りで、今年1年間はあるまじ変えずに教育体制のことは今のままで。コロナ禍やったので教育のラダーシステムをとりあえず今年は、ちょっとそんなに頑張らなくていいって。ただ自分自身なんか、もう一つ上がりたいっていう人たちは自己申告でやってもらうっていう風にしてあるんだけど。来年の新人さんたちが入ってくるためのきちんとした教育システムを作らんといかんねって。

教育委員会っていうのも、人材育成に名称も変更して。来年以降新人さんの受け入れも含めて、全教育の考え方を少し改めていこうっていう感じでやっています。だからそういう風にいろんな病院でも、コロナでやってると思います。だから大丈夫だよ。

町田 研修とかがあるのは本当にありがたいんですけど、病棟に入ってからやっぱり先輩の看護師さん達って普段の自分の業務に加えてコロナ対応もあって、大変だと思うんですけどその中で新人の立場が少し心配ではあります。

太田看護部長 あの、それもみんなと言ってたんだけど、やっぱりプリセプターとかチューターとかね。教育体制組織図とか見たことあるかな、その組織図の体制の見直し、その組織体制だよ、自分はどこの立ち位置にいるのかとかね。新人さんに対しての指導の責任持つっていう、ところは浅い看護師もいるから、やっぱり新人さん不安になって、なんかメンタルやられたりとか、やる気無くなったりとかね。なんかそんなことになったら困るから、そこはきちんと、質問とか人間性、看護観とか高める取り組みをきちんとやろうねみたいなことは、今やっています。だから大丈夫やと思いますよ。コロナ禍やからなおさらそういうことが今考えられるようになったかなと思う。多分コロナがなかったらこのままぼんぼんずっとなんかそこが置き去りになって色んなことをしかけていたのを今また、ちょっと基本に戻ろうかみたいな感じになっているので、それはよかったかなと思う。具体的に言うと例えば、就職してすぐで夜勤

に入っちゃうところをもっと1年かけて、育てることを先に考えて、「一人前は次の年もしれんね」とか、その人に合わせてでもいいかもしれんけどみたいなことは、院長とか管理者皆さんにも私は伝えてある。

今までと違いますよって。皆さん知ってらっしゃる通りに実習は来てません。公立小松大学だけじゃなくって他の大学とか看護学校も、なんとか行っていることもあるかもしれないけど、中途半端なところが絶対にあると思う。そんなときに簡単に半年経ったら一人前って言う事って絶対ありえないので、「1年間は無理と思ってください」、みたいな。そういうことは口にはしてません。他職種に。だからそういう環境作りをするのが私たちの役目です。院長先生とかそういうの知らないもんね。看護学生の実習の中身とか。講義には来てくれるかもしれないけど。実習のカリキュラムがどんなになつとるかとか、実習休む、ないってことはどういうことが起こってくるのかとかは、多分「はあ…？」みたいな、だと思っので。院長はいろんな事前向きにしたいっておっしゃってるけど、「育つまで待ってください」、って思います。

倉坂 そうなのですね。新人になる私たちも頑張っていきたいと思います。

長い時間ありがとうございました。

感想

座談会を行って見て、管理職である立場の方々がたくさんコミュニケーションをとって、対策を考えてくれるから病院は成り立っているのだと改めて感じました。院長先生であったり他職種とたくさん話し合ってくれたから最善の対策がとれて、コロナ禍という非常事態で長引いてもおかしくないクラスターを直ちに収めることができたのだと感じました。また、その病院だけでなく、他の病院からの励ましの言葉もあり、病院同士で横のつながりは大切だと感じました。応援してくれている人がいるというのは、とても大きな原動力になるのだなと感動しました。病院なのでもちろん患者さんを守ることは大切ですが、その患者さんを守る職員を守るためにも心が折れてしまう前に少し長めの休みを取らせたりと、職員のことでも守る姿勢があったからこそ、たくさん職員が太田看護部長を始め、管理職の皆さんについて行ったのだと感じます。コロナというイレギュラーな事態に陥っても一般の患者さんが減るわけでは

ない中で、看護師たちの先頭に立ち指揮をされてきた管理職の方々には改めて尊敬の念を抱きます。

私たちは来年度から病院に就職をしますが、恐らくまだコロナは収束していないと考えられます。その中で、たくさんの対策を考え、私たちを守ってくれている管理職の皆さんがいることをこの座談会で知ることができたので、支えてもらいながらもいち早く一人前になれるよう、看護師という職業を全うしていきたいです。

謝 辞

コロナ禍の中、インタビューに応じてくださった小松市民病院の太田看護部長さんに感謝致します。

*CSCA

英国のAdvanced Life Support Groupが開催する大規模災害医療支援教育コースで提唱されている災害医療実施のための体系的アプローチ。(C: Command & Control (指揮命令・統制・調整)、S: Safety (安全)、C: Communication (情報伝達)、A: Assessment (評価))

体験レポート 6 救急外来における看護師の体験

金沢医科大学看護学部 竹森優華、星野 萌

はじめに

約2年前に新型コロナウイルス感染症が日本においても流行し始めた。新型コロナウイルスに感染すると無症状の場合や発熱、呼吸器症状、倦怠感等の様々な症状が出現する。感染すると、軽症であったり治癒したりする例も多いが、死に至るケースもある。その中で手洗い・うがいやマスクの着用、手指消毒、換気などの感染予防策が重要視されてきた。病院においても院内感染などの感染拡大を防ぐために患者だけでなく、医療従事者自身も感染予防に努める必要がある。救急外来は、新型コロナウイルスに感染しているかわからない患者や家族を受け入れており、その受け入れ体制や実際にどのような看護をしているのか興味を持ち、救急外来の現場にいる看護師の方の声を聞こうと考えた。新型コロナウイルスの影響により、看護提供体制も大きく変化していると予測される。

そこから、救急外来における看護師の人数配置や他の病棟への感染拡大を防ぐための対応としてどのように連携を図っているのか具体的に知りたかった。また、実際にコロナ禍で働いている医療従事者は身体的・精神的負担が大きいと考えられるため、どのようにストレスの対処を行っているのか知りたいと考えた。

方 法

1. インタビュー対象者

金沢医科大学病院救急医療センターに所属する看護師 1名

協力者の選定は、金沢医科大学病院の看護部長

の許可を得たうえで、看護師長に選定を依頼した。

2. インタビュー場所

金沢医科大学病院 救急医療センター

インタビュアーは、毎日検温等を行い「健康チェックシート」に記録しており、インタビュー当日も異常がないことを確認した。救急医療センター入室前には検温と手洗いを実施、不織布マスクとアイガードを使用して入室した。

3. インタビュー時期

2021.9.9

石川県はまん延防止等重点措置が適用されていた時期であった。

4. インタビューテーマ

インタビュー時間は約1時間とし、以下の5項目について質問した。

- ・救急外来には、新型コロナウイルスに感染しているかわからない患者が運ばれてくると思うが、感染が拡大しないために実際に気をつけていること
- ・タッチケアなどの看護ケアが十分に行えていない中で心がけていること
- ・約2年前に新型コロナウイルス感染症が流行し始めた時と現在の看護提供体制の違い
- ・緊急で運ばれてくる患者の家族は、状況を受け入れることが出来ない場合もあり、さらに新型コロナウイルスの影響で面会等もできない中で、どのような言葉掛けや家族へのケアを行っているのか
- ・新型コロナウイルスの影響で看護者自身の身体的負担、精神的負担も大きいと思うが、プライベート

ートにおいても外食や買い物などの外出を控えなければならぬ中で、どのようにストレス発散、自分の感情のコントロールをしているのか

5. インタビュー方法

救急外来に所属する看護師にインタビューガイドに基づいて、インタビューを実施した。その際にICレコーダーを用いて会話を録音するとともにメモをとった。

救急外来中の設備や新型コロナウイルス感染症患者受け入れ環境がどのようになっているのか説明を受けながら、見学した。

実際に救急外来の看護師が着用している防護具をもらい、大学に戻って、着用体験をした。

結 果

1. 救急外来には、新型コロナウイルスに感染しているかわからない患者が運ばれてくると思われるが、感染が拡大しないために実際に気をつけていること

1) 救急外来における感染拡大予防策

病棟とは異なり、救急外来には、新型コロナウイルスに感染しているかわからない患者が搬送されてくる。院内で感染が拡大しないためにも救急外来で患者対応を行う看護師は个人防护具の着用をしっかりと行うようにしている。N95マスクの使用基準などガイドラインに沿ったものであるが、他の一般病棟では、使用しないようなタイミングで早めに装着して看護にあたっている。救急外来におけるN95マスクの使用基準については、救急医、救急で勤務する看護師間では速やかに浸透した。しかし、救急外来には、救命救急科以外の医師も多数患者対応にあたることになり、他科の医師へのN95マスクの装着基準の浸透に時間を要した。防護具の装着を適切に行わないと、濃厚接触者に該当するリスクを高めてしまうため、救命救急科から全科に対して案内文を配布、またその都度繰り返し声掛け、説明を行い、全科の医師が安全に診療にあたれるよう介入した。

救急外来では、気管挿管等の暴露リスクが高い緊急処置を実施する機会が多くある。そのため救急隊からの事前情報などから、そういった処置が予測される場合にはいつでも対応できるように適切な个人防护具を装着し、状態の悪化に速やかに対応できるようにスタッフ間で情報を共有している。

現在は、発熱患者の対応ができる部屋を4部屋準備している。受付に来た時にスクリーニングを

行い、発熱、咳、嗅覚・味覚に異常などの症状が該当する場合は速やかに個室、陰圧管理ができる部屋に案内している。入院の際の部屋の選定においても、大部屋でいいのか、個室なのか、陰圧個室なのかをリスクに応じて判断するが、この際の判断を間違えてしまうと院内でのアウトブレイクにつながるため、院内のマニュアルに準じながら、医師、感染制御室、救急看護師が話し合い、一例一例慎重に対応している。

発熱患者を対応する4部屋が全て埋まり、さらに診察を待つ発熱患者が待機するケースもあるが、部屋の清掃や个人防护具の適切な使用など、繁忙時こそやるべきことを適切に実施している。1時間も2時間も患者を待たせるわけにはいかないが、感染が拡大しないためにも患者が退室後の部屋を清掃してから次の患者を入室させることを徹底している。

また患者だけでなく、その家族はどこで待機するのか、リスクに応じて判断し、救急外来での交差感染を防いでいる。

2) 救急車内での感染拡大予防策

救急車内では、救急隊も感染しないように个人防护具を装着するのは当然のこと、ビニールで隔離を行い患者の飛沫を浴びないように搬送している。今年から、救急隊員の方が患者搬送前に、患者もしくはその家族の方に新型コロナウイルス感染症のリスクを判断するための問診を実施してくれるようになり、その事前情報をもらうことで救急外来における部屋の選定や、準備が早い段階で実施できるようになっている。

3) N95マスクを装着について

長時間装着すると、息が苦しくなったり、痛みを伴うが、救急外来の特性上、行動歴に関する情報がとれない患者の対応時や、侵襲的な暴露リスクの高い処置に備えるケースなどを含め長時間装着せざるをえないが、その必要性を理解し、適切に装着している。

4) 熱中症患者との見分けについて

発熱、倦怠感、頭痛など新型コロナウイルス感染症と熱中症の症状は同様の部分も多く、その判断は難しい。抗原検査等を実施しても100%の除外はできない。熱中症と新型コロナウイルス感染症を合併している可能性もあると考えながら対応している。

2. タッチケアなどの看護ケアが十分に行えていない中で心がけていること

実際に新型コロナウイルス感染症患者に対応し

てきて思うことは、個人防護具を適切に装着し、手指衛生を適切に実施していたら感染しないということ。最初は怖いという感情もあったが、繰り返し対応する中で、そういう感情はなくなっていった。そのため、個人防護具を適切に装着し、普段通りの看護を行うことを意識している。不必要な接触は避ける必要があるが、過剰に医療者が患者を避けることは患者の不安を強めることにもなるため、落ち着いた口調で普段通りの対応を心がけている。個人防護具の着脱には時間がかかるし、個室に入ると救急外来全体の把握ができなくなるなどの弊害はあるが、マンパワーの配置を工夫するなどして、患者に丁寧に接することができていると思う。

3. 約2年前に新型コロナウイルス感染症が流行し始めた時と現在の看護提供体制の違い

繁忙時に人手を増やす工夫をしている。当院の救急外来には外傷、CPA、心筋梗塞、心不全、敗血症性ショックなど3次救急の患者から発熱のみの1次救急の患者まで対応しており、繁忙時には他部署から応援をもらい対応するケースがあるが、看護部はその現状を理解してくれており、スムーズに救急外来に応援人員を配置できる仕組みを整えてくれている。

4. 緊急で運ばれてくる患者の家族は状況を受け入れることが出来ない場合もあり、さらに新型コロナウイルスの影響で面会等もできないと思われる。そのような中で、家族に対して実践している言葉掛けやケアについて

救急外来での家族対応では、患者の状態を知りたいという情報のニーズや、患者に会って安心したいという接近のニーズを満たせるように特に注意して対応しているが、新型コロナウイルス感染症の患者や、その疑いが強い患者の場合では、接近のニーズは十分に満たすことができないケースがある。そういった際は、医師や感染制御室と相談しながら、また家族の要望にも沿いながらN95マスクやアイガートを装着してもらったうえで、さらにパーティションや距離に十分配慮しながら短時間会ってもらうケースもある。入院すると家族は病棟に会いにいけないので、感染に十分注意しながら実施できることを考えながら実施している。生命の危機的状況にある患者のケースでは、多くの家族、親族が説明を聞きたい、患者に会いたいと救急外来に来院するケースがある。できれば多くの方のニーズを満たしたいが、その説明の場面や面会の場面ひとつも感染リスクにつながる

ため、説明を受ける人の人数を調整したりする場面は医療者として心苦しく感じることもある。悲嘆の感情の表出が必要だと判断した場合は発熱患者用の個室診察室を、家族の待合室に変更し対応するケースもある。

5. 新型コロナウイルスの影響で看護者自身の身体的負担、精神的負担も大きいと思われる。プライベートにおいても外食や買い物などの外出を控えなければならない中で、どのようにストレス発散、自分の感情のコントロールをしているのか。

子どもと話したり、遊んだりして自宅の中でも楽しく過ごせる環境があるため、仕事がストレスにはなっていない。自宅ですることをするようにしている。

6. 救急医療センターの見学・体験

1) 新型コロナウイルス感染症患者または疑いのある患者を受け入れる部屋の見学

最初に救急外来の受付でスクリーニングを行い、発熱、咳、嗅覚・味覚異常等の症状がある患者は発熱患者の対応ができる4部屋に案内している。

2) 待合室の見学

通常の救急外来の待合室とは異なり、発熱患者他の患者とは接することがないように仕切りがある待合室を設けている。患者と家族は待合室で待機するが、密にならないようにコントロールをする必要がある。

3) 救急医療センター内の様子

モニターが設置されていて、各部屋の様子を見ることができるようになっている。患者の対応にあたる看護師は個人防護具を着用し、患者対応を行っている(図1)。見学したときは、石川県の

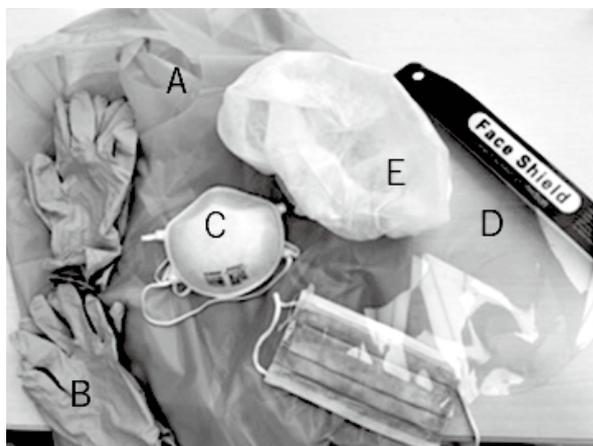


図1 救急外来で用いられる防護具

A: ガウン (エプロン), B: 二重手袋

C: N95マスク, D: フェイスシールドまたはフェイスシールド付きマスク, E: キャップ

新型コロナウイルス感染者数が減っている影響もあり、日中の看護師も少なく患者数も多くはなかった。インタビュー対象者の方が「今、コロナ患者が減ってきているからか、こんなに使っていない部屋があることも珍しい。」と話をしていた。個人防護具の着用方法のリストが壁に貼られていて、全員が確認できるようになっていた（図2）。

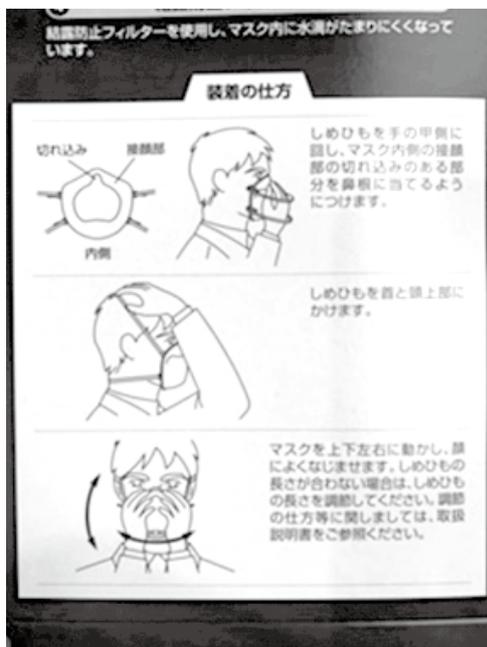


図2 壁に貼られたマスク装着法

4) 感染予防対策

新型コロナウイルス感染症患者を移乗・移送するためにアイソレーター車椅子がある（図3）。



図3 アイソレーター車椅子

CT検査に行ったり、移動したりするときに病原菌やウイルスを外部に漏らさない仕組みとなっている。点滴や酸素投与も横のファスナーから行えるようになっており、ファスナーを開けても陰圧が保たれる仕組みになっている。

乗っている患者の様子（表情）が見えにくいため、声掛けを意識して、患者が不安に感じないようにしている。患者の反応や声のトーンからも状態が悪くなっていないか把握している。

まとめ

今回、救急外来で実際に働く看護師の方の話を聞いたり、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れている外来の様子の見学を通して、医療従事者1人ひとりが感染拡大予防への意識を怠らないことの大切さを実感した。新型コロナウイルス感染症患者であっても、適切に感染予防策をとっていれば、通常と変わらない看護を提供することができるため、適切な防護具の着脱方法を周知しておく必要があると考えた。コロナ禍で身体的・精神的負担が大きい中でも自宅でもできることをして、ストレスへの対処を行っているという話を聞くことができ、自分も看護師として働いてから上手くコントロールをして仕事と生活の両立をしていきたいと感じた。

救急外来の看護師の方にインタビューをする前は、テレビなどで「自分の思っていた患者さんに寄り添った看護ができない」という言葉を耳にしていたが、実際は過度に新型コロナウイルス感染症患者との接触を避けることなく、その人の思いを聞くなどの看護を行えている現状を知ることができた。また、アイソレーター車椅子などの普及により、他の患者と医療従事者を守ることができていると思った。

実際に救急外来の看護師が装着している個人防護具を装着してみて、N95マスクは短時間の装着でも息苦しく、フル装備となると暑く、大変であった。さらにフェイスシールド着用により、視界がみにくく、作業がしにくいと実感した。

新型コロナウイルス感染症患者への対応をするためには、他の病棟や救急隊との連携が重要であり、連携がスムーズに行えることで、業務の効率化にもつながると感じた。また、救急外来の看護師は、いつでも緊急処置ができるように常に防護具を着用して看護を提供しており、その際にも連携を図ることの重要性を学んだ。

救急外来の患者と家族は、接近のニーズが高いため、電話など方法を工夫しての情報提供やできるだけ面会できるような体制を整えていることを知り、感染予防だけでなく、患者と家族のことを第一に考えた看護を提供していると思った。

私たちが今後、看護師として働く上で、日ごろ

から感染予防を意識することはもちろん、患者と家族の思いを聞き、コロナ禍であってもニーズに合わせた看護を提供していきたいと思った。看護師はその場での臨機応変な対応が求められるため、常に考えながら主体的に行動していきたいと考えた。

今回、実際にコロナ禍における救急外来の看護師の方の話や現場の様子を拝見して、現場の状況の理解とコロナ禍での看護について視野を広げる

ことができたため、今後の看護に活かし、より患者が安心して看護を受けられるようなよりよい看護を行っていききたいと感じた。

謝 辞

最後に、お忙しい中、快くご協力いただきました金沢医科大学病院看護部長様、副看護部長様、救急医療センタースタッフの皆様に深く感謝申し上げます。

看護実践学会専任査読者一覧

(2022年8月現在)

| | | | | |
|-------|-------|-------|-------|--------|
| 赤坂政樹 | 川島和代 | 須釜淳子 | 辻清美 | 丸岡直子 |
| 浅田優也 | 川島由賀子 | 臺美佐子 | 津田朗子 | 丸谷晃子 |
| 荒井謙一 | 川村みどり | 高田貴子 | 土本千春 | 三浦美和子 |
| 有田広美 | 北岡和代 | 高地弥里 | 内匠薫 | 向井加奈恵 |
| 石川倫子 | 木下幸子 | 高橋ひとみ | 長田恭子 | 村角直子 |
| 上埜千春 | 木森佳子 | 高松朝男 | 中西容子 | 村山陵子 |
| 大江真琴 | 工藤淳子 | 多崎恵子 | 平松知子 | 山下優美子 |
| 大江真人 | 小泉由美 | 田中浩二 | 堀口智美 | 湯野智香子 |
| 大桑麻由美 | 紺家千津子 | 谷口好美 | 松井希代子 | 横井早智江 |
| 表志津子 | 坂本和美 | 田淵紀子 | 松井優子 | 横野知江 |
| 加藤あゆみ | 真田弘美 | 玉井奈緒 | 松平明美 | |
| 加藤真由美 | 澤味小百合 | 塚崎恵子 | 松本勝 | (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：大江真琴（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
表志津子（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
木森佳子（石川県立看護大学看護学部）
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）
市橋紗由美（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
北川麻衣（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）
長田恭子（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
堀口智美（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
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34巻 第2号

発行 令和4年9月30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)