

看護実践学会誌

Journal of Society of Nursing Practice

○会長講演

看護実践の変革と創出、そして伝承 ……………坂本 和美 …… 1

○原 著

石川県内の医療機関の看護師が認識するアドバンス・ケア・プランニング支援の実践
内容と課題：連携力との関連……………浅田 優也他 …… 4

○研究報告

Effectiveness of Nursing Interventions for Overcoming Clinical Inertia in Diabetes
Management: A Literature Review Exploring Applicability in Japan
…………… Hatsue Hamano et al. …… 17

空腹感の捉え方の類型による2型糖尿病患者の食事療法の実施とQOL、
病気の不確かさの特徴……………金松 (長棟) 瑞代他 …… 32

看護管理に関する教育を受けた看護師長が認識する組織マネジメント実践
……………菰池 真麻・矢口 実夏他 …… 41

A市における高齢女性のフレイルの実態調査……………山路 朋子他 …… 52

外来化学療法センター看護師によるがん患者の問診に関する実践知
……………長田 智香他 …… 62

地域在住高齢者のeスポーツ体験における認知機能への影響：パイロットスタディ
……………嶋 雅奈恵他 …… 73

○第18回看護実践学会学術集会のまとめ

特別講演……………高木 眞優美 …… 81

シンポジウム……………江藤 真由美・中田 智美 …… 83

○実践報告

「こころ」と「QOL」に着目した身体拘束最小化……………中村 克仁 …… 84

看護実践誌

J. So. Nurs. Pract.

看護実践学会

Society of Nursing Practice

会 長 講 演

第18回 看護実践学会学術集会

看護実践の変革と創出、そして伝承

坂本 和美

金沢市立病院 看護部長

日時：2025年9月27日(土) 会場：石川県地場産業振興センター A会場(大ホール)

石川先生、過分なご紹介を頂きましてありがとうございます。ただ今ご紹介いただきました金沢市立病院の坂本です。このたびは大会長という大役を頂きまして、心より感謝申し上げます。また、本日はお天気も良く、そして多くの皆さまにご参加いただきましたこと、誠にありがとうございます。本日を迎えるに当たっては、1年以上にわたる準備期間を経て、こうして無事に開催の運びとなりました。関係者の皆さまのご尽力にも改めて敬意を表したいと思えます。

それでは早速講演を始めさせていただきます。開示すべきCOIはありません。

社会背景

昭和100年という言葉が今年、皆さんも耳にされたことが多いのではないかと思います。昭和元年から数えて来年は満100年という節目の年になります。このスライドは内閣府が開設したポータルサイトで、昭和100年を機に昭和の時代を振り返ろうという取り組みです。

昭和の時代は未曾有の激動と変革、苦難と復興の時代でした。というふうに、そこには書かれています。昭和には第二次世界大戦があり、そしてその後は高度経済成長を迎え、激動の時代だったと思います。そして令和を迎えた今、私たちを取り巻く環境は昭和を凌ぐ勢いで変化しています。

例えば、明らかに今までとは異なる災害が発生し、他国では戦争が起こり、AI技術も加速度的に進化している中、予測不能な事態が次々と起こっているということは、皆さんも日々実感されていることではないでしょうか。そして、2025年

問題、2040年問題、これらに象徴される人口構造の変化というものは、働き世代が急激に減っていくということを意味しており、これらは直接的あるいは間接的に看護にまでも影響を与えているというところは確かです。私たちはこのような看護の現場にあっても、今できる最良のケアを提供し続けていくという使命があります。そのためには、新しい技術を積極的に取り入れる、今までのものの見方を変えるしなやかさを持つ、ピンチをチャンスに変えていくような実行力を持つといったようなことが必要ではないかと考えます。

今回の学会テーマ

今回のメインテーマを「看護実践の変革と創出、そして伝承」といたしました。キーワードである「変革」、「創出」、「伝承」は、私たちがこれまでの経験から得た知識や実践を未来へつなぐために必要なことだと思います。「今あるものを変えていく」、「新たなものをつくり出していく」、そして「看護の本質を後世に伝えていく」。この三つは、将来あるべき看護をつくるために揺るがないことだと考えます。

時代の変遷の中で看護師に求められてきたこと

時代や医療制度の変化に応じて看護師に求められてきたことを振り返ってみます。私たち看護職は、昭和23年に制定された保健婦助産婦看護婦法により、国家資格を持つ専門職となりました。そして、看護師の業務である診療の補助と療養上の世話は、77年たった今もお、看護の実践を支える基盤となっています。医療が高度化・複雑化する

る中で、看護職にもより高度で専門的な実践が期待されるようになりました。1996年には専門看護師、翌年には認定看護師、2015年には特定行為を実践する看護師教育が制度化されました。そして2008年には診療看護師の養成教育が始まっています。これらによって看護師は活躍の場と役割を広げてきました。

そして、特定行為は、診療の補助の一部として、包括的指示の下、手順書に沿って看護師が病状に応じて判断し実施できるものです。これが実現したことで、医師を待たずに迅速に処置ができる場面も増え、活躍の場は病院内にとどまらず地域へと広がっています。

もう一方の療養上の世話は、看護師の独占業務であり、看護師が専門的な判断に基づいて自律的に行う実践です。そして、患者さんの回復過程を支え、生活の質を高める上で欠かせない重要なケアです。診療の補助と療養上の世話というこの二つを駆使して、看護師は超高齢化時代に一層の役割を果たしていかなければならないと考えます。

そして、超高齢化時代を支える地域包括ケアシステムの下、医療や看護の提供の場は多様化し、切れ目のない医療、医療と介護の連携は、今や必要不可欠となっています。患者さんを生活者として捉え、次の療養の場へつなぐ在宅療養移行支援は多職種で行われ、その要の役割を担っているのは看護師です。多様な療養の場において、高度かつ専門性の高い実践ができる看護師が活躍し、患者さんのその人らしい生き方を支え寄り添えるのは、医療と生活の二つの視点から介入できる看護師だからこそです。

そして、時は令和となり、新型コロナウイルスのパンデミックを契機に、人との接触を避ける意味で、診療や教育、会議などにAIやDXが取り入れられました。そして、アフターコロナとなった今、業務の効率化はもちろん、患者さんの安全や正確な業務を可能とするAIが搭載された医療機器や、看護記録の音声入力などが製品化されています。そして、それらを導入する施設も増えてきています。私たち人間が多くを時間を費やし、そして頭を使って今までやってきたことが、AIやDXを導入することでいとも簡単に、そして正確にやれることには本当に驚かされます。ただ、効率化ばかりが優先されることのないように、何のための効率化であるのかということも同時に考えていく必要があるのだと思います。

『看護をめぐる「業務」と「ケア』』という本
このような環境の変化や看護師の役割が拡大している今、現場で働く看護師たちは日々の看護実践についてどう感じていると皆さんは思われますか。『看護をめぐる「業務」と「ケア』』という本について少しお話しさせていただきます。これは2024年に実施したアンケート結果を基に書かれています。

「現在の立場で勤務する中で、業務が忙しくてケアができないと感じたことがありますか」という質問に対して、「はい」と答えた方が62.7%でした。ここでいう業務というのは看護業務のことで、文中では看護業務は「しなければいけないとされる行為」という解釈で、看護師たちの認識は、しなければいけないとされる行為に療養上の世話も含まれているという内容です。先ほどのスライドで、療養上の世話は患者の回復過程を支え、生活の質を高める重要なケアと述べましたが、それが現状は看護ケアとしては機能していないということかなというふうに思いました。

そして、ケアができないと感じた要因についても質問されています。上位から、「看護記録に時間がかかる」「帳票作成に時間がかかる」「入院期間が短く患者さんと接する時間が短くなった」「ベッドサイドで行うタスクが多い」といった結果でした。皆さんもこの結果を見たら納得されるのではないかと思います。

この背景には、診療報酬や働き方改革など、現代の社会的要因が大きく影響し、現場の慌ただしい中で取りあえずやらなければならないことを間違えずに、そして時間で終わるようにしなければいけないといったような情景が垣間見られます。そうだとすれば、しなければいけないということを幾つも抱え、取りあえず、しなければならぬスケジュールを優先させ、療養上の世話も実施しているけれども、自分たちが納得できるケアではないというふうに捉えているのではないかと思います。

パトリシア・ベナーは、人間理解において、そして看護実践において、気遣い、関心が極めて重要であると述べています。その理由の一つが、看護師が気遣い、関心を持つことで、患者さんも気遣われている、関心を持たれていると感じ、信頼関係が生まれる。その信頼関係があるかないかでケアの結果は異なるというものです。スケジュールどおりに手順に沿って安全に実施するというのも重要なことです。ただ、私たちのケアの対象

は人です。患者さんのベッドサイドにいるときは、業務であってもケアであっても、常に患者さんへ関心を向けることが必要ではないでしょうか。

そして、ケアができないというのは、忙しい現場の中で自分たちのやりたい看護ができていないという葛藤もあるのだと思います。患者さんの回復過程を促し、ケアの成果が出せる、やりたい看護ができる、そういう職場環境をつくっていくことが看護管理者に求められていることと改めて実感しました。

そして、先ほどのアンケートの一つに、「良いケアができたと感じるのはどんな場面か」という質問がありましたので、この質問を当院の看護師にも聞いてみました。88件の回答です。その結果、一番多かったのは、患者さんからの感謝の言葉、そして清潔ケア、笑顔、表情でした。

特に私が共感できた場面を二つご紹介いたします。一つ目は清潔ケアの場面です。易怒性があり、看護師にも手が出る患者さんで、拘縮が強く、なかなか清潔ケアができなかった患者さんの手浴をした際に、初めて「ありがとう」と笑顔が見えたとき、こんなにも素敵な表情をされるのだと、その表情を引き出せたときに良いケアができたのかなと感じました。もう一つは、受け持ちとして病室に訪室したときの場面です。腹水が貯留し、今後の症状の進行に不安と恐怖で押しつぶされそうな患者さんの思いを聞き、そばで寄り添いました。自分が訪室すると、いつも待ってましたとばかりに喜んでくれたことが、逆に自分の励みとなりました。皆さんはこのケアをどう感じられたでしょうか。そして、皆さんもこういった経験をたくさんされているのではないかと思います。

良いケアができたという実感は、患者さんから

の反応という評価を通して得られるもので、自分だけの行為によって感じられるものではありません。そして、関心という思いが伝わるようなケアを行うからこそ、ケアの効果が最大限に発揮され、反応として返ってくるのだということをアンケート結果から改めて実感いたしました。

そして、患者さんにとって、そのケアを行う看護師が誰でもいいというわけではありません。あなたが受け持ちでよかったという言葉や、いつも待ってましたとばかりの態度はその看護師に向けられたもので、唯一無二の存在として信頼関係が築かれているからだと思いました。そして、患者さんとの関係性を築くということは、AIにはできない、看護師だからこそできることではないのでしょうか。

AIにできない看護師の仕事とは

実際にAIに、「AIにできない看護師の仕事は？」ということを探ってみました。答えは五つです。感情に寄り添うケア、非言語的な変化への気付き、倫理的判断とその責任、関係性の構築と継続、ケアの創造性と柔軟性、この五つでした。確かに、関係性の構築はできないということをAIは自覚していました。そして、この五つは、私たちがこれまで日々実践してきた看護の本質的な部分ではないかと思い、納得させられた結果でした。

これからも先の見えない不確実な時代が続きます。そして、私たちの看護実践はこれからも時代とともに進化していきます。看護師にしかできないことは何かということ問い続けていくことが必要なのではないのでしょうか。

これで講演を終わります。ご清聴ありがとうございますございました。

原 著

石川県内の医療機関の看護師が認識する アドバンス・ケア・プランニング支援の実践内容と課題 ：連携力との関連

Nurses' Perceptions of Advance Care Planning Support Practices and Challenges in Medical Institutions in Ishikawa Prefecture: Association with Interprofessional Collaboration Competency

浅田 優也¹⁾, 廣田 真由美²⁾, 熊倉 良太¹⁾, 多田 健一³⁾
佐伯 千尋⁴⁾, 白藤 友紀⁵⁾, 北崎 奈菜⁴⁾, 高地 弥里⁶⁾
屋敷 紗緒里⁴⁾, 岩島 未来⁷⁾, 串田 寛子⁸⁾, 齋藤 優生⁶⁾
渡辺 真貴子⁴⁾, 西田 夢乃⁴⁾, 堀口 智美¹⁾

Yuya Asada¹⁾, Mayumi Hirota²⁾, Ryota Kumakura¹⁾, Kenichi Tada³⁾
Chihiro Saeki⁴⁾, Yuki Shirafuji⁵⁾, Nana Kitazaki⁴⁾, Misato Takachi⁶⁾
Saori Yashiki⁴⁾, Miku Iwashima⁷⁾, Noriko Kushita⁸⁾, Yuuki Saito⁶⁾
Makiko Watanabe⁴⁾, Yumeno Nishita⁴⁾, Tomomi Horiguchi¹⁾

¹⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系, ²⁾ 金沢市立病院, ³⁾ 長岡崇徳大学看護学部
⁴⁾ 金沢大学附属病院, ⁵⁾ 金沢医科大学看護学部, ⁶⁾ 石川県済生会金沢病院
⁷⁾ 公立羽咋病院, ⁸⁾ 公立松任石川中央病院

¹⁾ Faculty of Health Sciences, Institute of Medical Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University
²⁾ Kanazawa Municipal Hospital, ³⁾ Faculty of Nursing, Nagaoka Sutoku University
⁴⁾ Kanazawa University Hospital, ⁵⁾ School of Nursing, Kanazawa Medical University
⁶⁾ Ishikawa Saiseikai Kanazawa Hospital, ⁷⁾ Public Hakui Hospital
⁸⁾ Public Central Hospital of Matto Ishikawa

キーワード

アドバンス・ケア・プランニング, 実践内容, 課題, 連携力

Key words

advance care planning, practices, challenges, interprofessional collaboration competency

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

要 旨

目的：石川県のAdvance Care Planning (ACP) 支援における実践内容と課題の実態について、家族への支援や多職種連携の視点を含めて明らかにすること、ACP実践内容と課題および連携力との関連について明らかにすることを目的とする。

方法：ACP支援に携わった経験のある看護師を対象に、無記名自記式質問紙による実態調査を行い、併せて関連探索を行った。実践内容と課題については、単純集計を行った。実践内容と課題に影響する背景要因の検討にはMann-WhitneyのU検定を、実践内容と課題および連携力の関連の検討にはSpearmanの順位相関を用いた。

結果：159名より回答を得ることができた。所属施設にACPに関する基準が「ある」との回答は3割未満であり、基準が「ない」と回答した群の方が課題を抱えていた ($p=.016$)。家族への支援で課題であると認識している割合の高かった項目は「本人と家族の意向に差がある (74.7%)」「家族の意向が患者よりも強い (70.3%)」であった。多職種連携における課題で割合の高かった項目は「医師と看護師との連携が不足している (62.7%)」であった。実践内容と連携力の間に中程度の相関 ($r=.616$)、課題と連携力の間に弱い相関がみられた ($r=-.396$)。

結論：石川県のACP支援の充実のためには、看護師の学ぶ機会の拡充、施設毎のガイドライン等の基準となるものの作成・設置の普及、連携力の向上に取り組んでいく必要がある。

Abstract

Objective: This study aimed to clarify the practice content and challenges in advance care planning (ACP) support in Ishikawa Prefecture, including perspectives on family support and interdisciplinary collaboration, and seeks to elucidate the relationships between ACP practice content, challenges, and collaboration capabilities.

Methods: An anonymous self-administered questionnaire was conducted with nurses experienced in providing ACP support. In this descriptive and exploratory study, actual conditions and associated factors were investigated. Frequency counts were used to analyze the practice contents and challenges. The Mann-Whitney U test was employed to examine background factors that influence these practices and challenges. Spearman's rank correlation coefficient was used to explore the relationships between practice content, challenges, and collaborative competence.

Results: Responses were obtained from 159 nurses. Fewer than 30% of the participants reported working in institutions with ACP-related standards, and nurses working in settings without such standards encountered more challenges ($p = .016$). Key challenges in family support comprised "Differences between the patient's and family's wishes" (74.7%) and "The family's wishes overriding those of the patient" (70.3%). The primary challenge in interprofessional collaboration was "Insufficient collaboration between physicians and nurses" (62.7%). A moderate positive correlation was found between practice content and collaboration capability ($r = .616$), and challenges showed a weak negative correlation with collaboration capability ($r = -.396$).

Conclusion: Strengthening ACP support in Ishikawa Prefecture requires increasing educational opportunities for nurses, promoting the development and implementation of institutional guidelines or standards, and improving interdisciplinary collaboration capability.

はじめに

Advance Care Planning (以下、ACP) とは「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合う

プロセス」と定義されており¹⁾、家族への支援や多職種連携が不可欠となる。日本においては2000年頃よりACPへの関心が高まりはじめ、終末期医療における治療の開始・不開始および中止等の

あり方における課題を受け、より良い終末期医療の実現に繋げることを目的に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が2007年に策定された。しかし、この時点ではACPにおいて重要な視点である「本人が望む医療・ケアの方針や生き方について、日頃から繰り返し話し合うこと」については明示されていなかった。そして、ガイドラインに沿って指導を行っている病院は21.6%²⁾と少なく、その普及には課題が残されていた。そのような背景の中、2018年に「繰り返し話し合うこと」等の内容が盛り込まれた形で改定が行われ、その名称も「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に変更される等の普及への取り組みが行われてきた。このような取り組みを受けACPの認知度について、医師では22.4%（平成29年）から45.9%（令和4年）、看護師では19.7%（平成29年）から45.8%（令和4年）と、その認知度が高くなっていることが報告されている³⁾。しかし一方で、ACP支援を行っていると認識している看護師の割合は10%と少ないという報告もみられ⁴⁾、依然としてACPの実践を十分に行うことが難しい現状は残っている。

ACPでは患者の大切にしたいこと（人生観や価値観等）や医療およびケアへの希望等を話し合えるよう支援を行う⁵⁾。そして、ACP実践における実態を調査した研究では、このような患者の価値観や希望する療養場所等への理解に関する項目について、実践できているとの回答の割合が高い⁶⁾ことが報告されている。また、実践における課題として「実施するタイミングの難しさ」や「知識の不足」、「コミュニケーション能力の不足」、「医師との連携」等が挙げられることも報告されている⁶⁻⁸⁾。さらに、ACPの促進要因として家族の参与や多職種連携が重要であることが示されている⁹⁾¹⁰⁾。しかし、先行研究では家族支援に関する実態は十分に明らかにされておらず、多職種連携については医師以外の職種との連携について調べられたものはない。また、多職種と連携する力は看護実践と関連のあることが示されている¹¹⁾ことより、ACP支援の実践内容と連携力との関連も含め明らかにすることで、ACP支援の促進につながる実践に即した示唆が得られると考えた。そこで本研究では、家族支援や多職種連携の視点を含むACP支援の実践内容と課題を明らかにするとともに、実践内容および課題と連携力との関連についても検討することを目的とした。加えて、これまでACP支援の実践に経験年数や教育機

会といった要因が関連していることが示されている¹²⁾¹³⁾ことより、本研究では背景要因との関連を含めた実態を明らかにすることとした。

本研究を行うことで、家族支援や多職種連携において、優先的に取り組むべき課題を示すことができ、より質の高いACP支援の実践に繋げるための一助となると考える。

研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、実態調査、関連探索研究である。

2. 対象者および対象施設

1) 対象者

ACP支援に携わった経験のある看護師とした。管理面ではなく患者・家族への直接的なACP支援の実践内容および課題を明らかにすることを目的としたため、管理職は除外した。

2) 対象施設

本研究は看護実践学会プロジェクト研究の支援を受け、石川県内における調査を目的としたものであり、看護実践学会の理事施設21施設を対象に調査を行った。これらの理事施設については県内の主要な施設が加わっており、県内の医療圏についても網羅しているため、本研究の対象とした。

3. データ収集期間

2023年6月～12月

4. 調査方法

調査は、無記名自記式質問紙法にて行った。対象となる医療施設の看護部長宛てに研究協力の依頼文、同意書、対象者への説明文、研究計画書および質問紙を送付し、対象者への質問紙の配布について協力の依頼を行った。施設からの研究協力の可否を確認するために、同封した返信用封筒による返送にて同意書の回収を行った。回答された質問紙は、同封した返信用封筒にて回収を行った。

5. 調査内容

1) 基本属性

基本属性は、性別、年齢、臨床経験年数、所属部署、病床数、最終学歴、専門看護師・認定看護師資格取得の有無、ACPに関する研修の受講経験の有無、所属部署がACP支援の実践に関する基準をまとめたもの（インタビューガイドやガイドライン等）を有しているか（以下、ACP支援実施に関する基準の有無）とした。

2) ACP支援の実施体制

ACP支援の実施体制は、ACPに関係しているチームメンバー、チームメンバーとの情報共有の

方法、カンファレンスの実施頻度、カンファレンスの際にリーダーを担っている職種、ACP支援開始のタイミング、家族とACP支援について話し合うタイミング、患者・家族との情報共有の方法（コロナ前・コロナ後）、患者が療養場所へ移行する際のACPの引継ぎ内容、患者が療養場所へ移行する際の引継ぎの相手とした。回答は、該当する項目を選択する形とした。

3) ACP支援の実践内容およびACP支援実践における課題

ACP支援の実践内容およびACP支援実践における課題に関する質問項目については、臨床での経験および先行研究の内容を参考にし^{4) 6) 14-16)}、患者のみでなく家族への関わりや多職種連携の内容が含まれるよう緩和ケア認定看護師の資格を有する看護師や臨床にてACP支援に携わった経験のある看護師を含む研究メンバーで話し合いを行い、精選しながら作成した。

ACP支援の実践内容に関する最終的な質問項目は、「患者にACPを行うことへの心構えを確認している」「家族に患者へ行うACPについての意向を確認している」「患者にこれからどのように生きていきたいと考えているのか確認している」「家族に患者とこれからどのように生きていきたいと考えているのか確認している」「患者にとって最善と考えられる医療やケアについて多職種で検討している」「患者、家族、多職種と話し合った内容を具体的に記録している」等で構成された38項目の原案を作成した。

ACP支援実践における課題に関する最終的な質問項目は、「患者の意向の確認が難しい」「本人と家族の意向に差がある」「いつからACPを始めて良いのかわからない」「多職種での連携が不足している」「ACPに関する看護師の教育機会が少ない」「医療者間でACPについて話し合うことに抵抗がある」等で構成された39項目の原案を作成した。

これらの項目については独自に作成した項目であったため、ACP支援に携わった経験のある看護師8名に依頼を行い、内容の妥当性について確認を行った。確認は「ACP支援の実践内容」および「ACP実践における課題」について問う項目として妥当であるかについて、「1. 妥当ではない、2. やや妥当である、3. 妥当である、4. とても妥当である」の4段階リッカート形式にて問う形で行った。回答結果を確認し、「妥当ではない」もしくは「やや妥当である」の回答が複数みられ

た項目についてメンバー間で話し合い、下記の質問項目について統合および細分化の修正を行った。

(1) 実践内容について、「患者にACPについての知識を確認している」を「患者にACPを行うことへの心構えを確認している」に統合した。

(2) 実践における課題について、「看護師とACPの共通理解を得るのが難しい」について、どの部署の看護師かが分かるよう、①「所属する部署の看護師とACPの共通理解を得るのが難しい」、②「所属部署以外の看護師とACPの共通理解を得るのが難しい」、③「外部施設の看護師とACPの共通理解を得るのが難しい」に細分化した。さらに、「医療者がACPについて話し合うことに抵抗がある」について、医療者間だけでなく患者やその家族について問う内容も必要であると考え、①「医療者間でACPについて話し合うことに抵抗がある」、②「患者とACPについて話し合うことに躊躇する」、③「(患者の) 家族とACPについて話し合うことに躊躇する」に細分化した。

以上より、最終的に「ACP支援の実践内容」37項目、「ACP実践における課題」は42項目とした。回答は、「1. まったく当てはまらない」～「5. とても当てはまる」の5段階リッカート形式とした。

4) 連携力

連携力の確認には、藤田らにより作成された「多職種連携行動尺度」を用いた¹⁷⁾。多職種連携行動尺度は、「意思決定支援」「予測的判断の共有」「ケア方針の調整」「チームの関係構築」「24時間支援体制」の5因子、17項目からなり、「1. まったく当てはまらない」～「5. とても当てはまる」の5段階リッカート形式で問うものである。合計点が高いほど連携力があると評価する尺度である。尺度全体の合計点におけるCronbach's α 係数について.94と内的整合性も確認されており、先行研究において合計点を用いた分析も行われている¹⁸⁾ことより、本研究では分析に合計点を用いた。本尺度は在宅ケアにおける医療職・介護職を対象に考えられたものであったが、内容についてメンバー間で検討し、患者および家族の視点を含め必要と考えられる多職種連携の視点について問うことができると考え、この尺度を用いることとした。本尺度について、「利用者」との表記部分を「患者・家族」とし、「サービス」の表記部分を「サービス・ケア」と変更しての使用が可能であるかの確認も併せて行い、開発者に使用許可を得た。

6. データ分析方法

1) 各要因の単純集計

質問項目ごとの回答者数の割合を算出した。本研究では、ACP支援の実践内容については、「やや当てはまる」および「とても当てはまる」と回答した割合が8割以上の項目を“実践できていると認識している項目”とし、5割未満の項目を“実践できていないと認識している項目”とした。ACP支援実践における課題については、「やや当てはまる」および「とても当てはまる」と回答した割合が8割以上の項目を“課題と認識している項目”とし、2割未満の項目を“課題と認識していない項目”とした。

2) 合計点の分布の差の検定

「ACP支援の実践内容」、「ACP支援実践における課題」の合計点について、群間での分布の差を検討するために、Mann-Whitney U検定を用いて分析を行った。本研究では先行研究にて示された結果を基に¹²⁾¹³⁾、年齢、臨床経験年数、ACPに関する受講経験およびACPに関する基準の有無を群分けの指標とした。

3) 相関分析

「ACP支援の実践内容」、「ACP支援実践における課題」、「連携力」の合計点について、Spearmanの順位相関係数を用い、要因間の相関関係について分析を行った。

「ACP支援の実践内容」、「ACP支援実践における課題」については、既存文献⁴⁾⁶⁾¹⁴⁻¹⁶⁾の内容および共同研究者との討議を基に独自に作成した項目であったため、Cronbach'sの α 係数を算出し、信頼性の確認を行った。その結果、ACP支援の実践内容(.946)、ACP支援実践における課題(.910)であり、いずれも内部一貫性が認められたため、合計点を使用できると判断し分析を行った。統計分析における有意水準は $p < .05$ とし、IBM Statistical Package for Social Science (Statistics 25)を使用し、分析を行った。

7. 倫理的配慮

本研究は、医療施設の看護部長宛てに調査の目的・方法・倫理的配慮等について文書にて説明を行い、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今後の業務等に不利益が生じないことを保証した。研究同意については、質問紙への回答途中でも調査参加を撤回することが可能であること、匿名であるため送付後の参加撤回はできないことを明記し、質問紙の返送をもって同意とみなすこととした。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、

施錠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:2022-241)。

結 果

依頼した21施設全てより研究協力への同意が得られ、355部(19施設に15部、15部配布後に追加で50部の依頼があった1施設に65部、1診療科である1施設に5部)の配布を行い、159名より回答を得た(回収率:44.8%)。回答に欠損のあるものもみられたが、無回答のものはなかったため、全ての回答を使用した。なお、合計点の分布の差における検定および相関分析に必要な項目に欠損のある場合のみ、分析対象より除外した。

1. 対象者の基本属性(表1)

年齢は40代が69名(43.4%)、臨床経験年数は20年以上が83名(52.2%)、最終学歴は専門学校が116名(73.0%)と最も多かった。専門看護師・認定看護師の有資格者は15名(9.4%)であった。ACPに関する研修については101名(63.5%)が受講経験を有していた。ACPに関する基準の有無については「なし」もしくは「わからない」との回答が116名(72.9%)であった。

2. ACP支援の実施体制(表2)

ACPに関係しているチームメンバーは、「病棟看護師(94.3%)」「医師(80.5%)」が多かった。情報共有の方法については「カンファレンス(88.7%)」「カルテ(82.4%)」が多く、「情報共有シートの使用(39.6%)」は少なかった。カンファレンスの開催について定期開催(45.3%)と不定期開催(44.0%)で同等の割合であった。カンファレンスでリーダーを担っている職種については「病棟看護師(77.4%)」が最も多かった。ACP支援開始のタイミングとしては、病気の進行に伴い、死が近づいているとき(64.2%)」「身体状況が変化したとき(61.6%)」が多かった。家族とACPについて話し合うタイミングとしては、「病気の進行に伴い、死が近づいているとき(66.7%)」「身体状況が変化したとき(64.8%)」「患者・家族から相談があったとき(61.6%)」が多かった。家族との情報共有方法については、新型コロナウイルス感染症拡大の前後ともに面談が最も多いが(コロナ前:86.2%、コロナ後:75.5%)、拡大後には電話(コロナ前:54.7%、コロナ後:72.3%)、Web会議システム(コロナ前:4.4%、コロナ後:19.5%)、テレビ電話(コロナ前:1.9%、コロナ後:11.3%)の使用が増えていた。患者が療養場所へ

表1 基本属性

n=159

項目		人数	(%)
性別	女性	154	96.9
	男性	5	3.1
年齢	20代	11	6.9
	30代	41	25.8
	40代	69	43.4
	50代以上	38	23.9
臨床経験年数	1年未満	0	0.0
	1-3年未満	1	0.6
	3-5年未満	4	2.5
	5-10年未満	17	10.7
	10-20年未満	54	34.0
	20年以上	83	52.2
所属部署	病棟	117	73.6
	外来	17	10.7
	その他	25	15.7
	(地域連携室、訪問看護など)		
所属部署が地域包括病棟	はい	31	19.5
	いいえ	128	80.5
病床数	100床未満	1	0.6
	100床以上200床未満	38	23.9
	200床以上300床未満	44	27.7
	300床以上400床未満	32	20.1
	400床以上500床未満	12	7.5
	500床以上	25	15.7
	無回答	7	4.4
最終学歴	大学	27	17.0
	専門学校	116	73.0
	短期大学	7	4.4
	大学院	3	1.9
	看護高等学校	6	3.8
専門看護師、認定看護師資格の有無	あり	15	9.4
	なし	144	90.6
ACPに関する研修の受講経験の有無	有	101	63.5
	施設内	59	37.1
	施設外	59	37.1
	その他	9	5.7
	無	56	35.2
無回答	2	1.3	
ACP支援実施に関する基準の有無	あり	41	25.8
	なし	59	37.1
	分からない	57	35.8
	無回答	2	1.3

※割合は四捨五入の関係で、合計が100%にならない場合がある

※ACPに関する研修の受講場所のみ複数回答とした

移行する際のACPの引継ぎについては、「治療方針だけでなく、療養場所や最期を迎える場所、療養に関する希望も含め引き継いでいる(74.8%)」が多かったが、「特に決めていない」との回答も19.5%みられた。患者が療養場所へ移行する際の引継ぎの相手については「外部施設の看護師(76.1%)」「ケアマネジャー(68.6%)」が多かった。

3. ACP支援の実践内容(図1)

ACP支援として「実践できている」と認識している(やや当てはまる、とても当てはまるとの回答が8割以上)と判断された項目は、「家族に患者の病状について医師からの説明をどのように理解しているのかを確認している(93.7%)」「家族に希望する患者の療養場所を確認している(92.5%)」「患者に自身の病状について医師からの説明をどのように理解しているのかを確認している(91.8%)」「患者に療養生活での不安や疑問を確認している(91.2%)」「患者・家族・多職種と話し合った内容を具体的に記録している(91.1%)」「患者に希望する療養場所を確認している(89.3%)」「家族に患者の療養生活への不安や疑問を確認している(88.1%)」「患者に医療やケアへの意向について確認している(84.2%)」「家族へ今後必要となってくるであろう情報の提供を行っている(84.2%)」「患者にとって最善と考えられる医療やケアについて多職種で検討している(80.4%)」の10項目であった。

ACP支援として「実践できていない」と認識している(やや当てはまる、とても当てはまるとの回答が5割未満)と判断された項目は、「家族に患者とこれからどのように生きていくかを考える機会を設けている(47.8%)」「家族に患者へ行うACPについての意向を確認している(47.2%)」「患者にこれからどのように生きていくかを考える機会を設けている(47.2%)」「家族へ患者のACPを行うことについて説明している(40.9%)」「患者の意向で代弁者(代理意思決定者)の選定を行っている(39.2%)」「患者にACPを行うことへの心構えを確認している(37.7%)」の6項目であった。

4. ACP支援実践における課題(図2)

ACP支援を実践していく中で「課題である」と認識している(やや当てはまる、とても当てはまるとの回答が8割以上)と判断した項目は、「ACPに関する患者の教育機会が少ない(87.9%)」「患者の意向の確認が難しい(84.2%)」「患者の意向をタイムリーに把握することが難しい(84.2%)」「ACPに関する看護師の教育機会が少ない(82.3%)」「ACPを実践するための時間が不足している(81.6%)」「患者の認知機能に問題がある(81.6%)」の6項目であった。さらに、家族への支援に関しては「課題である」と認識している項目はみられなかったが、「本人と家族の意向に差があ

表 2-1 ACP支援の実施体制

n=159

項 目		人数	(%)
チームメンバー	病棟看護師	150	94.3
	医師	128	80.5
	MSW	125	78.6
	入退院支援室看護師	112	70.4
	外来看護師	79	49.7
	認定看護師	72	45.3
	ケアマネジャー	72	45.3
	薬剤師	72	45.3
	栄養士	57	35.8
	外部施設の看護師	36	22.6
	専門看護師	30	18.9
	その他	17	10.7
	無回答	2	1.3
	チームメンバーとの情報共有の方法	カンファレンス	141
カルテなどの電子媒体		131	82.4
情報共有シートなどの紙媒体		63	39.6
電話・FAX		31	19.5
Web会議システム		21	13.2
メール		18	11.3
共有していない		1	0.6
その他		3	1.9
カンファレンスの実施頻度	定期	72	45.3
	週に1回	39	24.5
	月1回	13	8.2
	2週に1回	6	3.8
	その他	14	8.8
	不定期	70	44.0
無回答	17	10.7	
カンファレンス カンファレンスの際にリーダーを担っている職種	病棟看護師	123	77.4
	入退院支援室看護師	47	29.6
	MSW	41	25.8
	医師	27	17.0
	認定看護師	12	7.5
	外来看護師	9	5.7
	ケアマネジャー	7	4.4
	専門看護師	3	1.9
	薬剤師	2	1.3
	栄養士	0	0.0
	外部施設の看護師	0	0.0
その他	9	5.7	
ACP支援開始のタイミング	病気の進行に伴い、死が近づいているとき	102	64.2
	身体状況が変化したとき	98	61.6
	患者・家族から相談があったとき	95	59.7
	治療困難と診断を受けたとき	82	51.6
	治療方針が変わったとき	73	45.9
	入院治療を開始してから	62	39.0
	日々、診療の中で話し合っている	45	28.3
	退院が決まったとき	37	23.3
	主治医から指示があったとき	34	21.4
	その他	14	8.8
	家族とACP支援について話し合うタイミング	病気の進行に伴い、死が近づいているとき	106
身体状況が変化したとき		103	64.8
患者・家族から相談があったとき		98	61.6
治療困難と診断を受けたとき		88	55.3
治療方針が変わったとき		82	51.6
入院治療を開始してから		48	30.2
退院が決まったとき		42	26.4
主治医から指示があったとき		36	22.6
日々、診療の中で話し合っている		31	19.5
その他		10	6.3

表 2-2 ACP支援の実施体制

		n=159		
	項 目	人数	(%)	
情報共有	家族との情報共有方法（コロナ前）	面談	137	86.2
		電話	87	54.7
		Web会議システム	7	4.4
		テレビ電話	1	1.9
		共有していない	3	1.9
		その他	9	5.7
		無回答	2	1.3
	家族との情報共有方法（コロナ後）	面談	120	75.5
		電話	115	72.3
		Web会議システム	31	19.5
		テレビ電話	18	11.3
		共有していない	3	1.9
		その他	9	5.7
		無回答	1	0.6
	患者が療養場所へ移動する際のACPの引継ぎ内容	治療方針だけでなく、療養場所や最期を迎える場所、療養に関する希望も含め引き継いでいる	119	74.8
		特に決めていない	31	19.5
		治療方針など医療情報のみ引き継いでいる	12	7.5
		その他	11	6.9
	患者が療養場所へ移動する際の引継ぎの相手	外部施設の看護師	121	76.1
		ケアマネジャー	109	68.6
MSW		68	42.8	
外来看護師		51	32.1	
外来主治医		21	13.2	
その他		19	11.9	

※カンファレンス実施頻度以外の回答は複数回答可とした

※MSW：医療ソーシャルワーカー

る（74.7%）」「家族の意向が患者よりも強い（70.3%）」の項目について、やや当てはまる、とても当てはまるとの回答が7割以上であった。多職種連携に関しても「課題である」と認識している項目はみられなかったが、「医師と看護師との連携が不足している（62.7%）」については、やや当てはまる、とても当てはまるとの回答が6割以上であった。また、「多職種での連携が不足している（38.2%）」については、やや当てはまる、とても当てはまるとの回答が4割未満であった。

ACP支援を実践していく中で「課題である」と捉えていない（やや当てはまる、とても当てはまるとの回答が2割未満）と判断した項目は、「医療者間でACPについて話し合うことに抵抗がある（5.0%）」、「医療者がACPについて話し合う必要があると考えていない（14.6%）」「現在のACPの考え方が日本人に適していない（17.2%）」「所属する部署の管理者とACPの共通理解を得るのが難しい（18.4%）」の4項目であった。

5. ACP支援の実践内容、ACP支援実践における課題と基本属性、実施体制との関係（表3）

ACP支援の実践内容については、2群間の中

央値に有意差のみられるものはなかった。ACP支援実践における課題については、ACP支援実施に関する基準の有無において、基準あり群の合計点の中央値が有意に低かった（ $U = 810.0$ 、 $p = 0.016$ ）。

6. ACP支援の実践内容、ACP支援実践における課題、連携力の関係（表4）

「ACP支援の実践内容」と「ACP支援実践における課題」および「連携力」と「ACP支援実践における課題」との間には弱い負の相関がみられた（ $r = -.303$ 、 $-.396$ ）。また、「連携力」と「ACP支援の実践内容」との間には中程度の正の相関がみられた（ $r = .616$ ）。

考 察

本研究では、家族への関わりや多職種連携に着眼し、石川県内のACP支援の実践内容とACP支援実践における課題の実態、および連携力との関連について明らかにすることができた。

本研究の対象者は40代が4割以上と最も多かった。日本看護協会が報告した看護職員実態調査において40代は3割未満と報告されていることから¹⁹⁾、

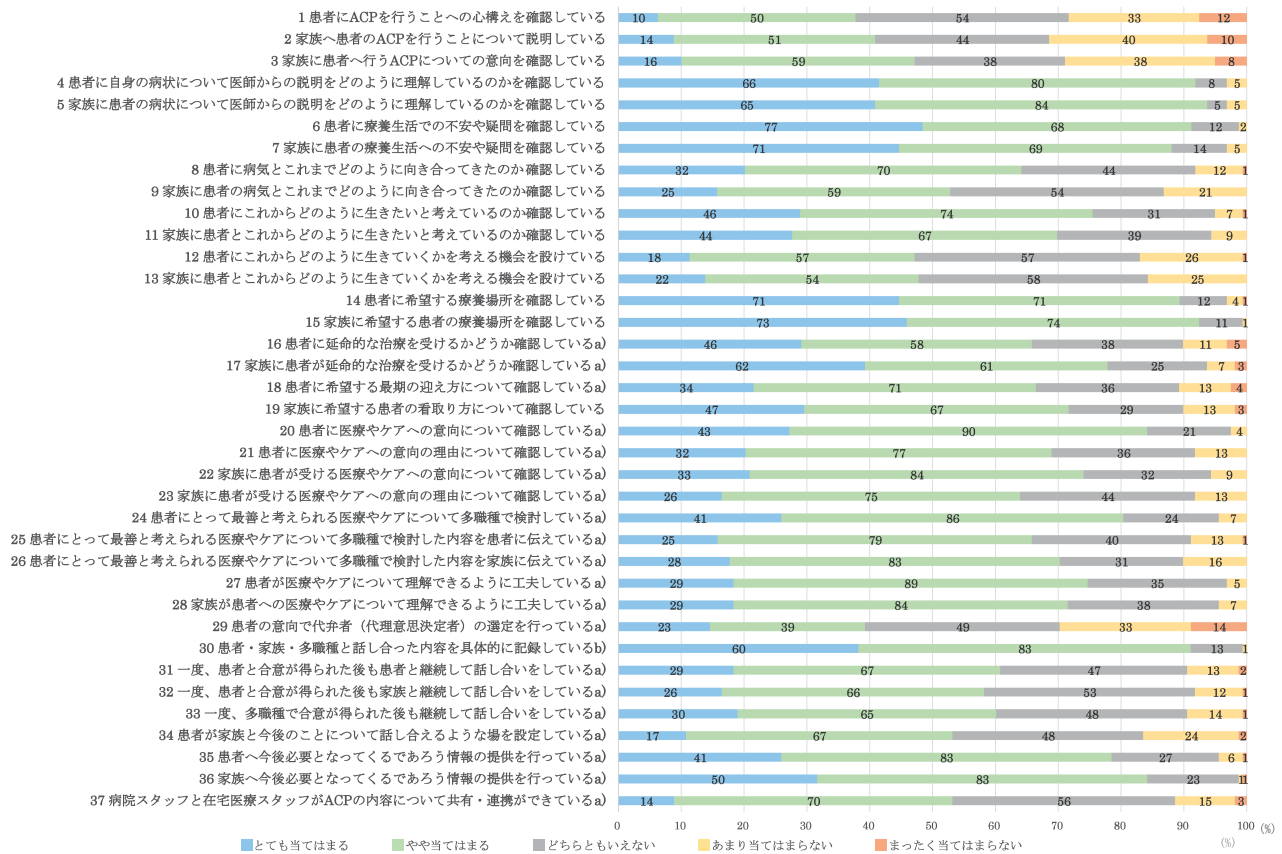


図1. ACP支援の実践内容 (n=157)

※ a) n=158, b) n=157

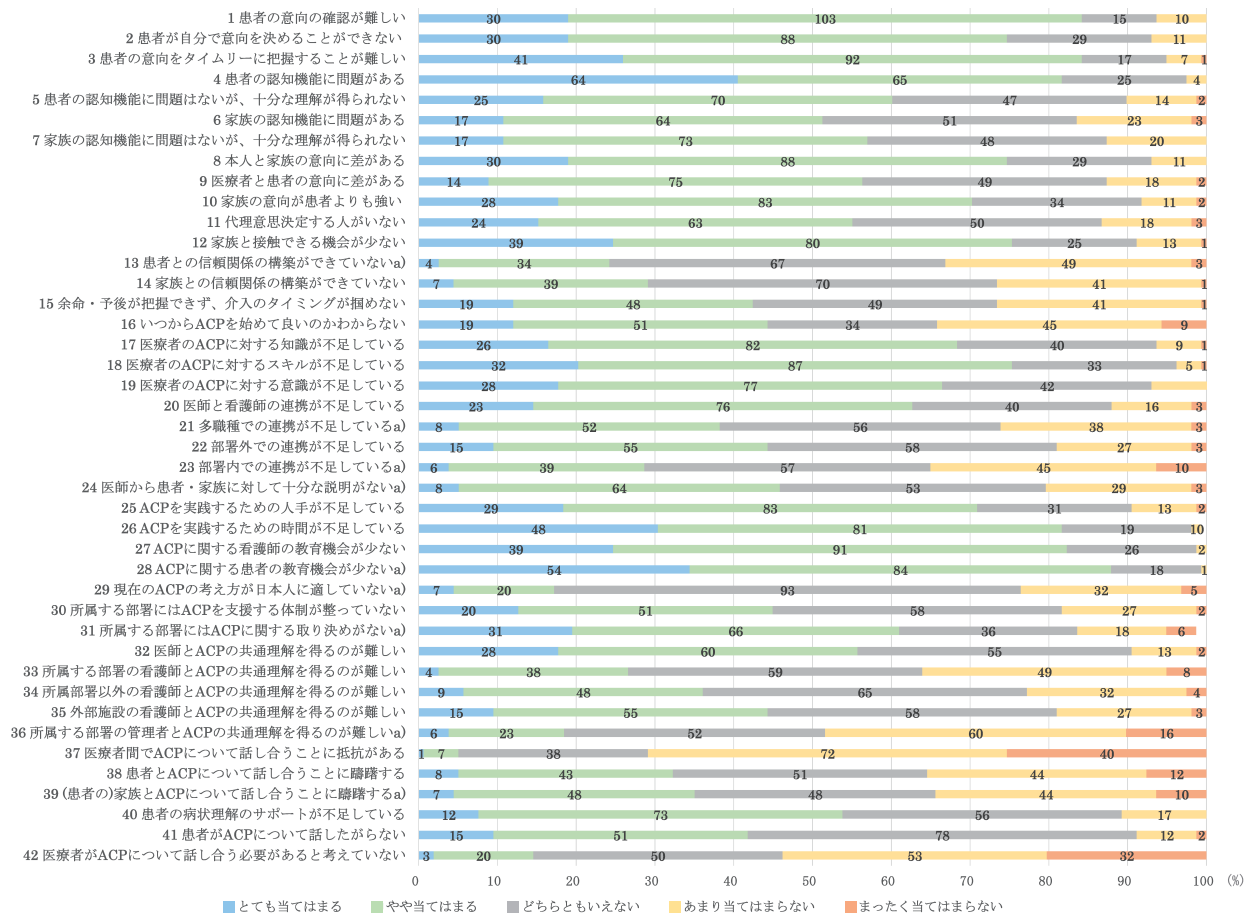


図2. ACP支援実践における課題 (n=158)

※ a) n=157

表3 ACP支援の実践内容、ACP支援実践における課題と基本属性、実施体制との関係

		n	中央値 (四分位範囲 Q1-Q3)	U値	p値
ACP支援の実践内容	年齢	40歳未満 (n=52)	143.0 (128.0 - 158.0)	2457.0	0.353
		40歳以上 (n=104)	140.0 (130.0 - 152.0)		
	臨床経験年数	20年未満 (n=76)	143.0 (131.3 - 157.5)	2669.5	0.189
		20年以上 (n=80)	139.5 (128.0 - 152.0)		
	ACPに関する研修の受講経験	あり (n=99)	142.0 (130.0 - 154.0)	2398.0	0.221
		なし (n=55)	139.0 (128.0 - 151.0)		
	ACP実施に関する基準の有無	あり (n=39)	142.0 (128.0 - 162.0)	963.0	0.216
		なし (n=58)	140.5 (127.8 - 151.0)		
ACP支援実践における課題	年齢	40歳未満 (n=50)	145.5 (133.5 - 157.0)	2521.0	0.987
		40歳以上 (n=101)	143.0 (134.0 - 155.5)		
	臨床経験年数	20年未満 (n=74)	145.0 (132.8 - 156.3)	2847.5	0.996
		20年未満 (n=77)	143.0 (135.0 - 154.5)		
	ACPに関する研修の受講経験	あり (n=97)	145.0 (134.5 - 157.0)	2410.5	0.657
		なし (n=52)	145.0 (133.5 - 154.8)		
	ACP実施に関する基準の有無	あり (n=40)	138.0 (127.0 - 149.0)	810.0	0.016*
		なし (n=57)	146.0 (137.5 - 158.5)		

Mann-Whitney U検定 * : p<.05

※ACP支援の実践内容・得点範囲：37-185点

※ACP支援実践における課題・得点範囲：42-210点

表4 ACP支援の実践内容、ACP支援実践における課題、連携力の関係

項目	相関係数
ACP支援の実践内容×連携力	0.616**
ACP支援実践における課題×連携力	-0.396**
ACP支援の実践内容×ACP実践における課題	-0.303**

Spearmanの順位相関係数 ** : p<.01

※実践×連携力 : n=154, 実践×課題 : n=148, 連携力×課題 : n=149

本研究では40代が多いといえた。また、臨床経験年数は20年以上の者が半数以上を占めており、ACP支援の経験を持ち合わせた対象における実態が反映された結果であると考えられる。所属部署については、外来や地域連携室等の者が約2割、所属している病棟が地域包括ケア病棟である者も約2割を占めていた。このことより、住み慣れた地域で人生の最期まで自分らしく暮らせることを可能な限り支えることが求められる現状において²⁰⁾、地域との連携を行いながらACP支援を実践している対象者の実態も含めた結果を示すことができ

たとえる。ACPに関する研修の受講経験については、受講経験のある者が6割以上であった。また、認定および専門看護師資格の有無については約1割が有資格者であり、県内の有資格者から鑑みた割合よりはやや多かった²¹⁻²³⁾。本研究の結果は、ACPに関する知識を有した看護師を多く含むとともに、より専門性の高い知識を有する看護師も一定数以上含んだ対象から得られたものであると考える。

本研究結果の実施体制では、ACP支援を開始するタイミングを「入院治療を開始してから」としている割合は4割に満たないことが明らかになった。何等かの疾患を発症した段階は、今後の自身の生き方の再考や個別の状況に応じたケアや医療の選択が求められるとされており²⁴⁾、入院治療開始のタイミングについてもACP支援を行う重要なタイミングであると考えられる。しかし、これまでこのタイミングの実践状況については明らかにされておらず、ACPを行うタイミングとしては他のタイミングより難しい可能性を新たに示すことができた。また、所属部署でACPに関す

る基準があると回答した割合が3割に満たないことも明らかとなった。厚生労働省による学会等により作成された人生の最終段階に関する利用状況に関する調査では、厚生労働省作成のガイドライン利用（51.2%）、日本医師会作成のガイドライン利用（35.2%）、日本緩和医療学会作成のガイドライン利用（15.8%）の順に利用が多いという実態が報告されている²⁵⁾。本研究結果と併せて考えると、ACP支援の実践の際にガイドライン等の何らかの基準となるものを活用している施設は、全国的にみると5割ほどであるが、地域によっては基準となるようなものが明確にされていない状態でACP支援に取り組んでいる施設が多い地域もある可能性が見出された。加えて、ACPに関する基準がない場合に、ACP支援の実践における課題をより抱えていることが明らかになったことから、効果的なACP支援の実践のために何らかの基準となるものを明確に設置することは重要であると考え。また、実践内容については、「不安や疑問の確認」「希望する療養場所の確認」「患者へのケアの意向の確認」の項目において実践できていると認識している割合が高いという結果は先行研究と類似していた⁶⁾。一方で、「ACPを行うことへの患者・家族の心構えや意向の確認」の項目については実践できていると認識している割合が5割未満であることが明らかとなり、ACPを始めることの切り出し方や準備状況の確認に関して障壁が高いことが考えられた。さらに、実践への課題より、家族への支援の際の課題として「本人と家族の意向に差がある」「家族の意向が患者よりも強い」ことが課題であると認識している割合が約7割と少なくないことも明らかとなった。この結果は先行研究により質的に抽出された課題と類似しており¹⁵⁾、家族への支援において重要な課題であることを実態としても示すことができたと考え。多職種連携に関する課題については、「多職種での連携の不足」について課題であると認識している割合は4割未満と多くなく、「医療者間でACPについて話し合うことに抵抗をもっている」ことについて課題であると認識している割合も1割未満と少なかった。加えて、「患者にとって最善と考えられる医療やケアについて多職種で検討している」について実践できていると認識している割合も8割以上であったことより、ACP実践において多職種連携が進んできており、話し合うことへの抵抗も少なくなってきたという石川県の実態を明らかにすることができた

考える。しかし、「医師との連携の不足」を課題であると認識している割合は6割以上と先行研究⁸⁾と類似していた結果であり、医師との連携には課題が残っていると考えられた。これらの課題を解決していくためにどのようなことが必要であるか、下記に考えを述べていく。

まずは「看護師のACPについての教育機会の少なさ」について課題と捉えている割合が8割以上と多く、ACPに関する教育や研修の機会を増やすことが重要であると考え。内容としては、まずACPのコミュニケーションにおいて基本とされている、「これからどのように生きたいかを患者に自由に話せるようにすること」「ペーシングやうなずき、話の要約といった傾聴の技術を用いること」「話し合いの準備ができているかの確認を行うこと」²⁶⁾といった技術を身に付けることのできる内容が必要であると考え。さらに、ACPに関する話の切り出し方や、「患者とその家族の意向に差がある」「家族の意向が強い」といった状況が起こった際の関わり方、本研究にてACP実践にも関連があることが見出された「連携力」に関する内容についても学ぶことのできる機会を増やしていくことが重要であると考え。そして、医師との連携不足を課題としていることから、看護師だけでなく医師と共に学べる機会を設定することも必要であると考え。次に、各施設独自のACPに関するマニュアルやインタビューガイドといった各種ツールの整備を進めていくことも重要であると考え。先行研究ではACPに関する標準化されたツールの使用がACP実践における促進要因として挙げられている²⁷⁾。このことより、すでに厚生労働省等により示されているガイドラインの活用の普及やそれらのガイドラインを基にした各施設独自の活用できるツールの作成の促進が必要であると考え。そして、それらのツールの内容にはACPに関する話の切り出し方や、「患者とその家族の意向に差がある」「家族の意向が強い」といった状況が起こった際の関わり方、医師との連携や共有すべき情報等が加わることで、より効果的なものになると考える。

研究の限界および今後の展望

本研究は石川県内のみの結果であり、各県がどのような実態であるかは明らかにすることができていない。また、1施設において配布部数が多かったこと、回答は匿名で回収したためどの施設よりどのくらいの割合で返送があったかについては

把握ができないことから、施設の偏りによる影響を受けている可能性もある。今後は配布部数の均等性を保った上で全国調査を行い、地域毎の課題の現状を明らかにすることで、各地域の現状に合わせたACP支援実践の促進のための方策を考えていくことに繋げることができると考える。

結 論

本研究より、石川県内のACP支援の実践内容および実践における課題について、家族への支援や多職種連携に関する新たな視点を含む実態が明らかになった。そして、①実施体制では、「ACPに関する基準を設置している割合が低い」こと、②実践内容では、「入院治療が開始してからといった早期の実践が難しい」こと、③実践における課題では、家族への支援について「本人と家族の意向に差がある」「家族の意向が患者よりも強い」ことに困難があること、多職種連携について「医師との連携不足」が課題として見出された。本研究にて見出された石川県の課題を解決していくために、各施設でACPに関する教育や研修の機会を増やし、マニュアル等の基準となるツールの作成および設置を促進し、連携力の向上に取り組んでいく必要がある。

謝 辞

本研究の実施にあたり、快く調査にご協力いただきました臨床看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。

付 記

本論文の内容は、第17回看護実践学会学術集会にて発表したものである。

利益相反

本研究における、利益相反はない。なお、本研究は、看護実践学会プロジェクト研究の支援を受け実施した。

文 献

- 1) 厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 解説編, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>], 厚生労働省 (3. 11. 2025)
- 2) 厚生労働省：Ⅲ 施設における国のガイドラインに沿った体制等の整備状況, [オンライン,

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847_3.pdf], 人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書 (3. 11. 2025)

- 3) 厚生労働省：結果の概要① 人生会議（アドバンス・ケア・プランニング<ACP>）について知っていたか, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/001235008.pdf>], 令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査の結果について（報告） (3. 11. 2025)
- 4) 小松恵, 島谷智彦：がん患者緩和ケアにおけるアドバンス・ケア・プランニングに関する一般病棟看護師の認識, *Palliative Care Research*, 12(3), 701 – 707, 2017. doi:10.2512/jspm.12.701 (3. 11. 2025)
- 5) 日本医師会：終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング (ACP) から考える, [オンライン, https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180307_32.pdf], アドバンス・ケア・プランニング (ACP) (8. 26. 2025)
- 6) 田代真理, 藤田佐和：がん患者のアドバンスケアプランニングの看護支援についての実態調査, *高知女子大学看護学会誌*, 46(1), 31 – 40, 2020
- 7) 小林聖子, 有村鮎美, 松元和代：個人の生き方を尊重した医療・ケアの提供 – ACPの実践における課題の抽出 –, *日本看護学会論文集慢性期看護*, 50, 94 – 97, 2020
- 8) 佐藤志津：【意思決定等の看護支援】 [第1部] 意思決定支援に対する看護師の不安についての意識調査, *難病と在宅ケア*, 27(2), 5 – 8, 2021
- 9) Kishino M, Koffman J, Nagatomi H, et al.: Complexity and function of family involvement in advance care planning: A qualitative study of perspectives from people living with advanced cancer, family members and healthcare professionals. *Palliative Medicine*, 37(9), 1434 – 1446, 2023. doi:10.1177/02692163231194202 (8. 22. 2025)
- 10) Tanimoto M, Okamura N, Sawada K. et al.: Barriers and facilitators of advance care planning practices in multi-disciplinary, multi-facility palliative care for Japan's aging population: A qualitative analysis. *PLoS One*, 20(5), e0323976, 2025. doi:10.1371/journal.

- pone.0323976 (8. 22. 2025)
- 11) Yoshie Y, Kato M: Development of a model of factors influencing practical multidisciplinary collaboration skills in convalescent rehabilitation ward nurses: A structural equation modeling analysis, *Journal of Wellness and Health Care*, 45(2), 35–46, 2022
 - 12) 牧野富美枝, 長谷川智子, 上原佳子 他: 呼吸器疾患患者へのアドバンス・ケア・プランニングにおける看護師の行動意図, *日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌*, 29(1), 97–103, 2020. doi:10.15032/jsrsrc.29.1_97 (8. 27. 2025)
 - 13) 飯岡由紀子, 大場良子, 廣田千穂 他: 「多職種連携におけるコーディネート力尺度 (MCAS)」の開発ーがん医療に携わる医療専門職を対象とした信頼性と妥当性の検討ー, *Palliative Care Research*, 18(1), 1–10, 2023. doi:10.2512/jspm.18.1 (8. 27. 2025)
 - 14) 大桃美穂, 鶴若麻理: アドバンス・ケア・プランニングの促進要因と障壁ー独居高齢者ー訪問看護師間のケアプロセスと具体的支援の分析を通してー, *生命倫理*, 28(1), 11–21, 2018. doi:10.20593/jabedit.28.1_11 (7. 30. 2022)
 - 15) 古瀬みどり, 東海林美幸: 訪問看護師が捉えた在宅療養高齢者のアドバンス・ケア・プランニングの課題, *北日本看護学会誌*, 23(1), 19–28, 2020
 - 16) 屋比久夏生, 神里みどり, 謝花小百合: 外来通院中のがん患者のアドバンス・ケア・プランニング促進に向けた取り組み, *沖縄県立看護大学紀要*, 22, 29–48, 2020
 - 17) 藤田淳子, 福井小紀子, 池崎澄江: 在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発, *厚生学の指標*, 62(6), 1–9, 2015
 - 18) 多川晴美, 小野幸子, 平岡葉子: 「在宅療養支援のための多職種連携研修」の検討ー研修受講者の多職種連携の現状からー, *滋賀医科大学雑誌*, 30(2), 13–16, 2017
 - 19) 日本看護協会: 2021年 看護職員実態調査, [オンライン, <https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/98.pdf>], (2) 年齢 (4. 5. 2025)
 - 20) 厚生労働省: 地域包括ケアシステムの実現へ向けて, [オンライン, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html], 地域包括ケアシステム (4. 26. 2025)
 - 21) 日本看護協会: 【A課程】 都道府県別登録者数【全体版】【分野別】(日本地図版) 2024年12月現在, [オンライン, https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/cn_a_map_2024.pdf], 認定看護師 (3. 12. 2025)
 - 22) 日本看護協会: 【B課程】 都道府県別登録者数【全体版】【分野別】(日本地図版) 2024年12月現在, [オンライン, https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/cn_b_map_2024.pdf], 認定看護師 (3. 12. 2025)
 - 23) 日本看護協会: 都道府県別登録者数【全体版】【分野別】(日本地図版) 2024年12月現在, [オンライン, https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/CNS_todoufukubetsu_2024.pdf], 専門看護師 (3. 12. 2025)
 - 24) 片山陽子: 地域におけるACPの実践, *Aging & Health*, 29(4), 10–13, 2021
 - 25) 厚生労働省: III-7 ガイドラインの利用状況①, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200749.pdf>], 平成29年度 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果 (8. 25. 2025)
 - 26) 角田ますみ: 第IV章 アドバンス・ケア・プランニング (ACP) に必要な価値観を知る・引き出すワーク, 角田ますみ, 患者・家族に寄り添うアドバンス・ケア・プランニング (初版), メヂカルフレンド社, 272–274, 東京
 - 27) Risk J, Mohammadi L, Rhee J, et al.: Barriers, enablers and initiatives for uptake of advance care planning in general practice: a systematic review and critical interpretive synthesis. *BMJ Open*, 9 (9), e030275, 2019. doi:10.1136/bmjopen-2019-030275 (5. 20. 2025)

Research Report

Effectiveness of Nursing Interventions for Overcoming Clinical Inertia in Diabetes Management: A Literature Review Exploring Applicability in Japan

Hatsue Hamano, Masashi Takeguchi

Faculty of Nursing, Toyama Prefectural University

Key words

clinical inertia, diabetes, nursing interventions, literature review

Abstract

Objective: This review aims to comprehensively examine how nurse-led interventions for patients with type 2 diabetes, who exhibit clinical inertia or are at high risk of developing it, can contribute to overcoming delays in treatment intensification. The review also evaluates the feasibility of implementing such interventions within the Japanese healthcare system by synthesizing evidence from international studies.

Methods: Following the PRISMA-ScR guidelines, a literature search was conducted using CINAHL and MEDLINE for original articles published between 1999 and 2024 related to “clinical inertia” and “diabetes.” Studies focusing on healthcare professionals other than nurses, such as physicians and pharmacists, inaccessible articles, and review papers were excluded. Ultimately, 10 studies were selected and analyzed.

Results: Most of the included studies were interventional in design and primarily implemented by nurse practitioners or certified diabetes educators. Interventions such as insulin titration, blood glucose monitoring, and patient education contributed to treatment intensification, which led to improvements in HbA1c, blood pressure, LDL cholesterol, and patient satisfaction.

Conclusion: Nurse-led initiatives demonstrated effectiveness in intensifying treatment and improving clinical indicators. These findings suggest that overcoming clinical inertia requires the development of care models that include continuing education and interprofessional collaboration. In Japan, the dissemination of such care models is expected to enhance the quality of diabetes management and promote further research in this area.

Introduction

Diabetes mellitus is a common metabolic disorder characterized by chronic hyperglycemia, which, if inadequately managed, can lead to severe complications, including cardiovascular disease, nephropathy, and neuropathy¹⁾. These complications substantially diminish patients' quality of life and contribute to escalating healthcare costs and societal burdens. In Japan, as of 2021, an estimated 11 million individuals are affected by diabetes, with over 90% diagnosed with type 2 diabetes (T2DM)²⁾. Although treatment guidelines underscore the importance of appropriate glycemic control³⁾, only approximately 33% of patients meet the recommended HbA1c levels. Delays in treatment intensification further exacerbate the risk of complications⁴⁾⁵⁾.

Clinical inertia—a failure to initiate or intensify treatment despite recognition of the need plays a pivotal role in this delay⁶⁾. In T2DM management, clinical inertia is widespread, with international studies indicating that 18.1% to 85.8% of patients may be affected⁷⁾. Contributing factors include healthcare providers' decision-making patterns, patient non-adherence, and systemic limitations, all of which impede the timely escalation of therapy. As such, overcoming clinical inertia has emerged as a critical challenge in diabetes care⁸⁾.

Recent international research increasingly points to nurses' significant contribution to mitigating clinical inertia. Nurse-led interventions have demonstrated improvements in glycemic control and timely treatment adjustments. For example, nurse-led care models and interventions supporting patients' self-management have proven effective in improving HbA1c levels and promoting treatment adherence⁹⁻¹²⁾. Nurses often serve as key facilitators in patient education, motivation, and follow-up, encouraging more active patient engagement in their treatment regimens. Furthermore, systematic reviews suggest that nurse-led care may also be cost-effective, potentially reducing the overall healthcare burden associated with poorly controlled diabetes¹²⁾.

In contrast, research on clinical inertia in the Japanese healthcare context is notably limited.

A search of the *Igaku Chuo Zasshi* (Japan's Central Review of Medicine) using the term “clinical inertia” yielded only six relevant studies, none of which focused on nurse-led interventions. This absence of evidence may reflect entrenched clinical structures in Japan, where nursing autonomy in direct therapeutic decision-making is limited, and the concept of clinical inertia has yet to be fully recognized as a critical factor in diabetes management. Indeed, legal and systemic constraints often confine nurses to supportive roles, with primary responsibility for medical treatment lying predominantly with physicians. Even the introduction of the Japanese Nurse Practitioner (JNP) system—intended to delegate aspects of physicians' work to nurses—has revealed ambiguity regarding how far JNPs can independently manage or revise treatment plans, as JNPs frequently act “on behalf of” physicians without explicit legal definitions of their scope of practice¹³⁾. This lack of clarity can diminish nurses' autonomy in proposing timely treatment intensification and potentially reinforce clinical inertia in real-world practice¹⁴⁾.

Moreover, the current medical fee reimbursement system tends to fix the division of roles within medical institutions—particularly in clinics—making it challenging to modify treatment policies promptly. Coupled with the uncertain legal liability that JNPs perceive when performing advanced procedures or prescribing medication, this environment may hinder the proactive nurse-led interventions that have shown promise in international contexts¹³⁾¹⁴⁾. The lack of discourse on nurses' potential role in addressing clinical inertia underscores a pressing research gap.

These gaps highlight the urgent need to investigate how nurse-led strategies can effectively mitigate clinical inertia in the Japanese context. We must begin by examining the evidence from overseas, where nurse-led interventions have been demonstrated to improve blood glucose control and enhance timely treatment. By adapting established models from overseas to the Japanese healthcare system, it will be possible to propose tailor-made interventions that will not

only improve the quality of diabetes care but also potentially reshape the scope and influence of nursing in Japan. Identifying how nursing interventions can mitigate clinical inertia is essential to improving patient outcomes, optimizing resource allocation, and improving the overall quality of diabetes management in Japan.

This review aims to comprehensively examine how nurse-led interventions for diabetic patients who already exhibit clinical inertia or are at high risk of developing it can overcome delays in treatment intensification (situations where treatment intensification, such as changing treatment or adding medication, is required but not implemented).

Objectives

1. Assess the effectiveness of nurse-led interventions in reducing clinical inertia among diabetes patients by synthesizing outcomes—such as treatment intensification rates and glycemic control—from relevant international studies.

2. Evaluate the feasibility of implementing these interventions in Japan’s healthcare setting, mainly focusing on clinic-centered diabetes care, to inform future strategies for improving treatment intensification and overall diabetes management.

Methods

1. Study Design

This study employed a scoping review approach following the methodological framework proposed by Arksey and O’Malley¹⁵⁾. This framework systematically guides the processes of identifying research questions, conducting a comprehensive literature search, selecting relevant studies, extracting data, and synthesizing findings. Applying this method allowed us to map the current international evidence on how nurse-led interventions can reduce clinical inertia in T2DM management.

2. Operational definition of this study

In this review, clinical inertia is defined as the failure of healthcare providers to initiate or intensify therapy despite recognizing that therapeutic changes are necessary when treatment goals remain unmet¹⁶⁾. This concept initially emerged from research on chronic conditions, including diabetes¹⁷⁾.

3. Literature Search Method

The literature search was conducted using CINAHL and MEDLINE, focusing on the keywords “Clinical Inertia” and “Diabetes Mellitus.” Informed by the earliest recognized use of the term clinical inertia by Cook et al. in 1999¹⁷⁾, we included original articles published between 1999 and 2024. The final search was completed on Febru-

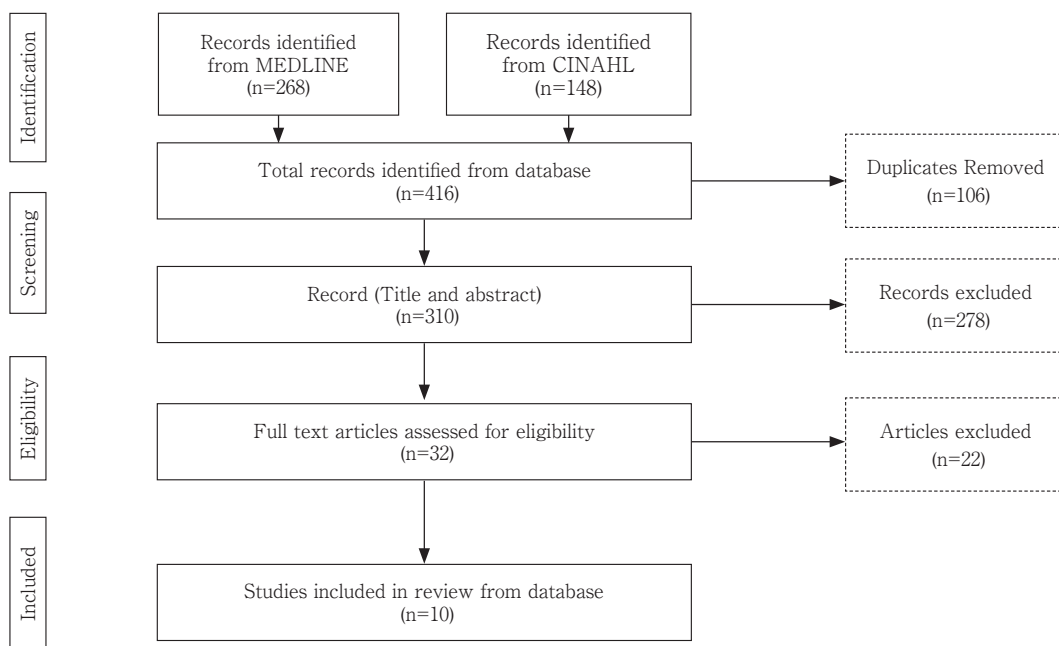


Figure 1. PRISMA Flowchart of Study Selection Process for International Studies

ary 7, 2024. A total of 416 articles were identified, of which 106 duplicates were removed. The titles and abstracts of the remaining 310 articles were screened. Studies focusing solely on physicians, pharmacists, or other non-nurse providers, as well as inaccessible articles, were excluded to ensure an emphasis on nurse-led interventions. After this screening, 32 articles were selected for full-text review, resulting in 10 articles that met the inclusion criteria and were included in this review (Figure 1).

4. Analysis Method

This scoping review was conducted in accordance with the PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) guidelines, an extension of the PRISMA statement¹⁸). The selected articles were examined to clarify the roles, skills, and qualifications of nurses involved in diabetes management and the range of interventions they employ. The effectiveness of various nursing approaches—such as patient education, medication adjustments, interdisciplinary team care, and remote monitoring—was analyzed to determine their impact on clinical inertia and diabetes-related outcomes.

Results

1. Research Trends in International Studies (Table 1)

Of the 10 studies reviewed, one was published before 2009, five between 2010 and 2015, and four between 2016 and 2019. The studies involved various types of nurses, including Nurse Practitioners (NPs) in six studies, Certified Diabetes Educators (CDEs) in two, clinic nurses in one, and case manager nurses in one. Additionally, one study involved an interdisciplinary medical team that included nurses.

2. Methods of Nursing Interventions in International Studies (Table 1)

The nursing interventions identified in the reviewed studies can be broadly classified into four categories: patient education, medication adjustments, interdisciplinary team care, and remote monitoring.

Patient education emerged as a crucial ele-

ment in several studies. For instance, one study focused on nurse-led education sessions for diabetes patients that emphasized lifestyle management and the use of GLP-1 receptor agonists to enhance patients' self-management capabilities¹⁹). Another study evaluated a program in which nurses provided point-of-care HbA1c testing along with patient education. This approach sought to improve patients' awareness of their blood glucose levels and reinforce self-management practices²⁰).

Medication adjustments were also a key intervention, with nurses actively initiating or intensifying therapy. In one example, NPs and physician assistants collaborated with physicians to implement basal-bolus insulin therapy, leading to more frequent insulin adjustments and better overall diabetes management¹⁶).

Interdisciplinary team care further demonstrated the value of nursing expertise. One study involved NPs and primary care physicians working collaboratively with evidence-based treatment algorithms, integrating nursing perspectives into decision-making around treatment intensification¹¹). Similarly, interdisciplinary teams, including nurses and CDEs, established insulin initiation protocols that helped patients achieve and maintain improved glycemic control over time²¹⁾²²).

Remote monitoring intervention provided continuous patient support through technological means. In one study, asynchronous data sharing via electronic health records enabled CDEs to monitor patients' blood glucose levels and intervene promptly²³). Another study utilized phone and email follow-ups by CDEs, ensuring frequent patient contact and timely guidance, particularly for medication management²⁴).

3. Clinical Evaluation and Intervention Results in International Studies (Table 1)

The effectiveness of nurse-led interventions was assessed using diverse clinical and patient-reported outcomes, including HbA1c levels, blood pressure, lipid profiles, treatment intensification rates, and patient satisfaction and quality of life indicators.

HbA1c reduction consistently emerged as a key indicator of improved diabetes management.

Table 1 – 1 Summary of Studies Extracted from the Literature Review in International Studies

Author (Year) [Reference]	Participants / Inclusion Criteria	Study Design	Definition of Clinical Inertia	Intervention	Methods	Clinical Inertia-Related Outcomes	Other Outcomes
Willens et al. (2011) [11]	<ul style="list-style-type: none"> Primary care setting for T2D adults Reviews team-based interventions from various studies 	QE	<ul style="list-style-type: none"> Suboptimal therapy escalation (glycemia/BP/lipids) despite guidelines Patients needing frequent follow-up but had delayed/inadequate medication changes in busy primary care 	<ul style="list-style-type: none"> Interdisciplinary team care: MDs + APNs (NPs) + clinical pharmacists Nurses/pharmacists do medication management, education, frequent follow-up PCP retains overall oversight Summarized structured nurse/pharmacist-led models from multiple trials 	<ul style="list-style-type: none"> Often included protocols or physician oversight for RNs/pharmacists to adjust meds Frequent calls/in-person visits to track progress, reinforce education, escalate therapy 	<ul style="list-style-type: none"> Consistently higher medication intensification with nurse/pharmacist interventions Several studies showed A1C drops (~0.6–1.0%), improved BP/lipids Team-based approaches outperformed usual care in bridging guideline gaps 	<ul style="list-style-type: none"> Some noted decreased clinical inertia & better preventative measures (flu shots, foot exams, smoking cessation) Others found improved patient satisfaction, possible cost-benefit
Mackey et al. (2014) [16]	<ul style="list-style-type: none"> N=171 (222 hospitalizations) vs. N=543 (665 hospitalizations) Inclusion: adult inpatients (non-ICU) with T2D, LOS ≥ 3 days 	RC	<ul style="list-style-type: none"> Failure to intensify insulin (basal-bolus) despite hyperglycemia 	<ul style="list-style-type: none"> Inpatient NP/PA (CDE-certified) team for insulin therapy (initiation, dose adjustment, discharge prescribing) + patient education Control: standard care without endocrinology consult 	<ul style="list-style-type: none"> Primary teams consulted endocrinology for complex diabetes NP/PA evaluated patients, planned insulin regimen changes, staff endocrinologist-approved Insulin administered and POC-BG measured to gauge therapy intensification/outcomes 	<ul style="list-style-type: none"> Basal-bolus insulin use: 80% with NP/PA vs. 34% controls (p<0.01) Multivariate: NP/PA involvement ↑ odds of basal-bolus by 3.66 (95% CI 2.36–5.67) NP/PA care correlated with lower mean POC-BG 24 h pre-discharge (p=0.042) 	<ul style="list-style-type: none"> Despite higher baseline severity in the NP/PA group, discharge glucose improved No significant difference in hypoglycemia
Carol (2017) [19]	<ul style="list-style-type: none"> 45 patients over 8 months (42 T2D, 3 T1D), mean age ~63 21 not on insulin, 24 on insulin at baseline Inclusion: mainly HbA1C ≥ 64 mmol/mol (8.0%) not improving under usual care 	Pre-post	<ul style="list-style-type: none"> "Failure to intensify timely" leading to suboptimal control 	<ul style="list-style-type: none"> Enhanced monthly diabetes clinic (45-min) with practice nurse + DSN Patient-centered nurse mentored by DSN Support for complex cases (GLP-1 RA or insulin starts) 	<ul style="list-style-type: none"> Longer visits for lifestyle counseling, medication adjustments Promoted patient ownership, provided "Diabetes Handbook," signposting to DESMOND/DAFNE Rechecked HbA1C ~ 3 months later 	<ul style="list-style-type: none"> Many started insulin or intensified oral meds/GLP-1 RA/SGLT2i Among 41 with follow-up, all had HbA1C ↓ (range 0.2–6.9%) Some refused intensification but still improved slightly with lifestyle changes 	<ul style="list-style-type: none"> Weight changes varied (20 lost, 14 gained, two unchanged) Clinic approach improved DSN involvement and staff mentoring

Table 1 – 2 Summary of Studies Extracted from the Literature Review in International Studies

John et al. (2019) [20]	<ul style="list-style-type: none"> • N= 74 T2D • Mean age 50–70, predominantly African American (61%) women (76%), with high poverty/uninsured. • Inclusion: T2D, A1C > 7%, no severe anemia/advanced disease/pregnancy. Exclusion: new T2D w/o baseline A1C, pregnancy, advanced complications. 	Pre-post	Not escalating meds/care plan despite A1C > 7%	<ul style="list-style-type: none"> • Implemented A1C POCT for immediate results + face-to-face intensification + DSMIE at same visit. Repeated measures: baseline (3–6 mo pre), POCT visit, then 3-mo follow-up. Used a DCA Vantage Analyzer (NGSP-certified) onsite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Staff identified eligible patients in morning huddles. • Capillary blood tested (~6 min), results discussed, meds adjusted, lifestyle coaching. If A1C > 7%, a 3-mo recheck was scheduled. Interventions included new drug starts, dose escalations, and insulin or GLP-1 RA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medication intensification rose from 23.8% (baseline) to 88.1% (initial POCT) (p < 0.001), then 65.7% at three mo if A1C > 7%. Markedly reduced inertia. A1C initially rose from 8.98% to 9.93% (possibly regression), then dropped to 9.21% at three mo (p = 0.008). 	<ul style="list-style-type: none"> • Under-resourced setting with major social determinants limiting self-care. Despite that, same-day POCT + immediate intensification improved A1C and intensification rates.
Furler et al. (2014) [21]	<ul style="list-style-type: none"> • N= 18 T2D • Inclusion: T2D with suboptimal control (HbA1C > 7.5%), not on insulin • Practices allowed PNs to lead insulin starts under GP supervision 	QE	Delayed or no insulin therapy escalation for persistent hyperglycemia	<ul style="list-style-type: none"> • “Stepping Up” nurse-led insulin start approach (basal glargine, 10 U start, + 2 U q3 days) • PN leads education, GP final prescriber • Simple protocol, continuity, frequent contact in primary care • Study DNE/endocrinologist available if needed 	<ul style="list-style-type: none"> • Practice briefing visit: introduced structured approach, clarifying roles of GP & PN • A single 3-hour training session for GPs and PNs on insulin therapy, motivational interviewing, dose titration • Regular PN-patient contact (in-person or phone) for dose adjustments, with GP oversight 	<ul style="list-style-type: none"> • 14/18 started insulin within 3 mo, HbA1C decreased from 8.4% to 7.5% • Nurse-led approach addressed “psychological insulin resistance.” • Insulin starts integrated into routine practice; no need for specialty referral 	<ul style="list-style-type: none"> • PN-GP teamwork, simple algorithm, local accountability • Time demands, PN funding, peer support needed
Manski-Nankervis et al. (2017) [22]	<ul style="list-style-type: none"> • N=266 T2D • Inclusion: T2D, HbA1C ≥ 7.5%, ≥ 2 oral agents max, or judged insulin-ready • Exclusion: age > 80, eGFR < 30, unstable comorbidity, or on insulin 	RCT	Failure to initiate/intensify therapy (esp. insulin) despite hyperglycemia.	<ul style="list-style-type: none"> • “Stepping Up” model: practice-based insulin initiation • GPs & nurses trained, plus RN-CDE mentor for intensification • Control: usual care 12 months, then optional 2-hr training but no RN-CDE mentorship 	<ul style="list-style-type: none"> • During RCT, RN-CDE guided nurse-led insulin start/titration under GP • After 12 mo, RN-CDE left. Control got minimal training. • Data on A1C, insulin dose, weight, oral meds at 6, 12, 18, 24 mo 	<ul style="list-style-type: none"> • At 12 mo, 69.9% in intervention started insulin vs. 22.2% control • At 24 mo, 71.3% vs. 31.0% on insulin • HbA1C ~1.3% drop sustained in the intervention (7.6% vs. 8.0% at 24 mo, p = 0.04) • No severe hypoglycemia 	<ul style="list-style-type: none"> • No significant weight difference • Control used more DPP-4i; both groups used metformin widely
Greenwood et al. (2015) [23]	<ul style="list-style-type: none"> • N= 90 T2D adults (30–70 yrs) • HbA1C 7.5–10.9% (58–96) • Inclusion: T2D on oral or non-insulin injectables, Eng-speaking, Internet/3G, baseline HbA1C 7.5–10.9% • Exclusion: severe comorbidities (ESRD, advanced retinopathy, etc.) 	RCT	Persistent high HbA1C lacking timely therapy intensification	<ul style="list-style-type: none"> • Telehealth remote monitoring (Care Innovations Guide tablet) for “paired glucose testing” pre/post meals + daily “health sessions.” • CDEs gave asynchronous EHR-based feedback (“virtual visits”) monthly calls. • Control: usual nurse phone coordination w/o structured telemonitoring 	<ul style="list-style-type: none"> • Weekly CDE review of flagged SMBG data in a “stoplight” system. • Patients tested pre/post-meal, data sent to a standard protocol, CDE posted recommendations to PCP via EHR, monthly phone follow-ups. • Control group had routine phone nurse mgmt only 	<ul style="list-style-type: none"> • At 6 mo, telehealth group A1C -1.11% vs. -0.70% in controls (p = 0.005). Medication changes are strongly linked to a bigger A1C drop. Paired glucose + CDE asynchronous feedback → more timely adjustments, reducing inertia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Improved self-care (carb spacing p = 0.04, glucose monitoring p = 0.001, foot care p = 0.02). No severe hypo/hyperglycemia. No difference in knowledge or self-efficacy.

Table 1 – 3 Summary of Studies Extracted from the Literature Review in International Studies

Zgibor et al. (2017) [24]	<ul style="list-style-type: none"> N=240 T2D adults (Intervention: n=175, Control: n=65, 12-mo intervention). Inclusion: T2D ≥ 1 yr, age ≥ 18, out of target on ≥ 1 measure (HbA1C ≥ 7 %, BP ≥ 140/80, LDL ≥ 100). Exclusion: non-ambulatory, pregnancy, severe cognitive, upcoming surgery, dialysis, or non-English. 	RCT	<ul style="list-style-type: none"> No escalation of therapy despite uncontrolled glycemia, BP, or LDL 	<ul style="list-style-type: none"> CDEs in intervention practices using pre-approved algorithms for meds (glucose/BP/LDL). CDEs placed “pending” med orders, provided self-management education and escalated as needed. Control had standard care ± monthly support groups, 12 mo follow-up. 	<ul style="list-style-type: none"> Intervention patients had baseline + quarterly visits with CDE (~ 2 hr initially, 30–60 min at follow-ups). CDE reviewed labs, recommended med changes for PCP to sign, and gave education. Some phone/email follow-ups. Data from baseline, 3, 6, and 12 mo were compared. 	<ul style="list-style-type: none"> Intervention significantly ↓ HbA1C from 8.8% to 7.8% vs. control 8.2% → 8.3% (p=0.004 difference). Higher glucose-lowering medication in intervention, especially for HbA1C > 8%. No significant difference exists in intensification for BP/lipids or final BP/LDL. 	<ul style="list-style-type: none"> Both groups decreased LDL (no difference). No significant BP difference (intervention started lower). At 12 mo, 11% of intervention achieved all 3 ABC goals vs. 1.5% control (p=0.02).
Gabbay et al. (2013) [25]	<ul style="list-style-type: none"> N=545 T2D Inclusion: age 18–75 yrs, T2D ≥ 1 yr, A1C > 8.5% or BP > 140/90 or LDL > 130. Exclusion: nursing home, non-English/Spanish. 	RCT	<ul style="list-style-type: none"> Failure to intensify therapy if glycemia/BP/LDL remains uncontrolled 	<ul style="list-style-type: none"> 2-year RCT; usual care vs. nurse case managers (NCMs) using motivational interviewing (MI). NCM visits ~ q2w initially, then monthly—quarterly, focusing on behavior change, meds, self-care, screening, and PCP communication. 	<ul style="list-style-type: none"> NCM visits ~ 1 hr for labs, lifestyle, and adherence checks. Phone/email used as needed. NCMs had standing orders for labs/screenings and recommended med titrations to PCP. NCMs had intensive MI training + monthly fidelity checks with audio recordings (BECCJ). 	<ul style="list-style-type: none"> NCM prompting improved systolic BP more in the intervention (131 vs. 135 mmHg, p<0.05). Both groups had significant within-group improvement in A1C, LDL, and diastolic BP, but no difference at 2 years—likely overshadowed by concurrent QI in usual care. 	<ul style="list-style-type: none"> Depression (CES-D) improved more in intervention (14 → 10 vs. 15 → 14, p=0.02), distress (PAID) showed a trend (p=0.08). Complication screening (eye/foot/kidney) is significantly higher. No difference in SDSA or DTSQ.
Ziemer et al. (2006) [26]	<ul style="list-style-type: none"> N=4038 T2D outpatient Inclusion: T2D in primary care tracked over 3 years. 	QE	<ul style="list-style-type: none"> Not intensifying therapy despite inadequate glycaemic control 	<ul style="list-style-type: none"> Informatics system tracked each visit’s labs and meds in/out. Then generated: (1) decision support reminders (pt-specific dose/type suggestions), (2) provider-specific feedback: 1-on-1 “report cards” with an endocrinologist every 2 wks, showing intensification rates and outcomes. 	<ul style="list-style-type: none"> Data stored in Oracle DB. Reminders displayed flowsheet plus recommended med changes for poor control. Feedback involved short 1-on-1 sessions (every 2 wks) with an endocrinologist reviewing “report cards.” Providers are randomized to control, reminders, feedback, or both. 	<ul style="list-style-type: none"> Therapy intensification improved significantly in feedback arms (~35% → 52% in year 1, sustained). Reminder-only or control arms improved briefly, then declined. In multivariate analysis, feedback independently predicted intensification (p<0.001), intensification independent-ly improved glycaemic control (p<0.001). 	<ul style="list-style-type: none"> Better intensification improved A1C across 3 yrs.

T2D: type 2 diabetes, QE: quasi-experimental study, BP: blood pressure, APN: advanced practice nurse, NP: nurse practitioner, PCP: primary care physician, RN: registered nurse, LOS: length of stay, RC: retrospective cohort, PA: physician assistant, CDE: certified diabetes educator, POC-BG: point-of-care blood glucose, HbA1C: hemoglobin A1C, Pre-post: pre-post comparison study, DSN: diabetes specialist nurse, GLP-1 RA: glucagon-like peptide-1 receptor agonist, SGLT2i: sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor, GP: general practitioner, eGFR: estimated glomerular filtration rate, RCT: randomized controlled trial, DPP-4i: dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, ESRD: end-stage renal disease, SMBG: self-monitoring of blood glucose, LDL: low-density lipoprotein, MI: motivational interviewing, CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression scale, PAID: Problem Areas In Diabetes, SDSA: Summary of Diabetes Self-Care Activities, DTSQ: Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire.

Studies reported significant decreases in HbA1c levels, ranging from 0.2% to 6.9%, following NPs- and DSNs-led education and support focusing on GLP-1 receptor agonists and lifestyle changes¹⁹⁾. For example, after excluding patients with missing data, mean HbA1c levels dropped from 9.82% to 8.23% over eight months ($p < 0.001$)¹⁹⁾.

Another study using an algorithm-based management approach led by primary care physicians and NPs found a 0.63% reduction in HbA1c over 12 months in the intervention group compared to a 0.15% reduction in the control group¹¹⁾. Similarly, stepped-care models and insulin initiation protocols implemented by nurses and inter-interdisciplinary teams resulted in sustained improvements in glycemic control from three²¹⁾ to 24 months²²⁾.

Remote monitoring approaches also yielded significant improvements in HbA1c levels. In one study, patients receiving ongoing, asynchronous feedback on their blood glucose measurements experienced more significant HbA1c reductions from 8.46% to 7.35% over six months, compared to a decrease from 8.16% to 7.46% in the control group²³⁾. Likewise, standardized protocols led by CDEs contributed to notable HbA1c improvements in multiple follow-up points²⁴⁾. Beyond glycemic metrics, several studies evaluated blood pressure and lipid profiles. For example, an intervention involving nurse case managers trained in motivational interviewing achieved significant diastolic blood pressure reduction from 78 mmHg to 74 mmHg in the intervention group and from 80 mmHg to 74 mmHg in the control group²⁵⁾. The same intervention also improved LDL cholesterol levels, which declined from 127 mg/dL to 100 mg/dL in the intervention group, compared to a reduction from 128 mg/dL to 102 mg/dL in the control group²⁵⁾. Additionally, these improvements were associated with decreased depression scores and lower diabetes-related distress, underscoring the multifaceted benefits of nursing interventions. Treatment intensification, especially concerning insulin therapy, was another critical outcome. In one study, patients supported by physician assistants and NPs were significantly more likely to initiate basal-bolus insulin therapy, leading to

better peri-discharge blood glucose control¹⁶⁾. This finding highlights the importance of proactive, timely medication adjustments in overcoming clinical inertia. In addition, an informatics-supported intervention employing algorithm-driven medication adjustments showed a marked increase in treatment intensification during the first year and led to improved long-term diabetes management ($p < 0.001$)²⁶⁾. This underscores how systematic decision support can further reduce clinical inertia and sustain better glycemic control.

Nurse-led interventions positively influenced patient-reported outcomes such as quality of life and treatment satisfaction. In NPs-led collaborative care models, participants reported higher satisfaction and improved self-management behaviors¹¹⁾. Similarly, patients receiving nurse-led support experienced reduced diabetes-related distress and enhanced mental health indicators²⁵⁾.

Discussion

This review indicates that nurse-led interventions substantially improve clinical outcomes in diabetes management and play a crucial role in mitigating clinical inertia. Enhanced glycemic control, improved blood pressure and lipid profiles, and increased patient satisfaction collectively underscore nurses' significant contribution to optimizing diabetes care. Recent reviews also suggest that nurse-led models can offer cost-effective solutions; by providing timely treatment intensification and reducing preventable complications, nurse-led interventions may lower hospital admissions and emergency visits rates, thereby alleviating overall healthcare expenditures¹²⁾.

In T2DM patients, a 1-year delay in treatment intensification increases the risks of MI, HF, stroke, and CVE by up to 67%. Among those with HbA1c $>7\%$ and no CVD, risks rise by up to 80%²⁷⁾. Poor treatment adherence is a significant factor, with only 50% of patients fully adhering²⁸⁾. Nurse-led interventions effectively address these issues. By synthesizing global evidence, this study highlights how nurses' involvement in patient education, medication titra-

tion, interdisciplinary collaboration, and remote monitoring is central to reducing clinical inertia.

1. An examination of the effects of nurse-led interventions on clinical inertia based on international literature

This study highlights the diversity and effectiveness of nurse-led interventions in addressing clinical inertia within diabetes management. International literature reveals that nurses contribute significantly to improving clinical indicators, such as HbA1c, systolic and diastolic blood pressure, and LDL cholesterol, through various approaches. These include patient education, medication adjustments, interdisciplinary teamwork, and telemonitoring. NPs and diabetes-certified nurses are pivotal in improving patient outcomes and fostering self-management skills. Such interventions have been shown to enhance clinical metrics, improve patient satisfaction, and reduce diabetes-related distress, demonstrating the critical role of nurses in diabetes care¹⁹⁾²⁰⁾²⁹⁾.

Globally, nurse-led interventions have successfully addressed clinical inertia by providing patient-centered and adaptable care. For instance, patient education delivered by nurses has been shown to significantly improve HbA1c levels²⁰⁾. By educating patients on medication adherence, lifestyle modifications, and diabetes management, nurses empower individuals to take active roles in their health. Specialized diabetes care provided by DSNs and CDEs enhances patients' understanding of their condition and promotes confidence in self-management, effectively reducing patient-related clinical inertia²⁹⁾.

From a system perspective, nurse-led integration of electronic health records (EHRs) and telemedicine has improved diabetes care. Telemedicine for blood glucose monitoring allows nurses to identify and address health issues promptly, enhancing patient outcomes²³⁾²⁴⁾. Such approaches underscore the adaptability and effectiveness of nurse-led interventions in diverse healthcare settings.

Additionally, the lack of research after 2020 suggests a stagnation in academic exploration, potentially due to multiple interrelated factors. First, the COVID-19 pandemic profoundly dis-

rupted clinical research activities, as many planned or ongoing studies in chronic disease management were delayed or halted. In particular, healthcare professionals, including inpatient diabetes specialist nurses, were frequently redeployed to COVID-19 units, reducing the workforce available for diabetes-focused projects³⁰⁾. Second, funding shortfalls and shifted policy support—as resources were diverted toward urgent infectious disease research—further constrained the ability to investigate clinical inertia in chronic care³¹⁾. Third, shifting healthcare priorities—such as the rapid pivot to digital health solutions and the acute focus on infection control—may have inadvertently deprioritized nurse-led interventions specifically targeting clinical inertia³²⁾. Finally, the heightened workload and emotional burden on nurses responding to pandemic demands likely hindered their capacity to initiate or continue new studies on diabetes management. These converging factors will help explain why few studies emerged post-2020.

2. Nurse-led interventions in Japan to prevent medical inertia: issues and potential for adaptation

While nurse-led interventions have achieved significant success internationally, their implementation in Japan faces unique challenges and opportunities for growth. A key issue is the limited recognition of clinical inertia within the Japanese healthcare system, compounded by a lack of Japan-specific literature addressing how nurse-led interventions can specifically mitigate this phenomenon. Although the global research gap after 2020 has been noted (section 5.1), this scarcity is further amplified by systemic and legal constraints that shape nurses' professional roles in Japan.

Moreover, systemic barriers hinder Japanese nurses from performing advanced clinical roles, primarily due to the absence of a robust NP system. Unlike NPs in countries such as the United States, who independently manage patients and drive innovative care models³³⁻³⁵⁾, Japanese nurses often operate within restrictive frameworks that limit their autonomy³⁶⁾. The slow adoption of task-specific training programs, such as the

"Specified Medical Acts Training," further restricts nurses' capacity to address complex care needs like diabetes management. While the program equips nurses with essential procedural skills, it emphasizes safety and efficiency rather than fostering advanced decision-making competencies³⁶. It is widely recognized, however, that enhancing nurses' decision-making abilities is crucial for improving patient outcomes in complex care settings³⁷. Expanding these programs to include advanced clinical decision-making and patient management skills is essential to enhance their impact and align with the growing complexity of healthcare needs.

Legal constraints still significantly limit the scope of nursing practice in Japan. Unlike their counterparts in other countries, Japanese nurses are restricted from independently diagnosing conditions or prescribing treatments³⁶. On the other hand, the Ministry of Health, Labour, and Welfare has introduced policies to promote nurses' autonomy. In particular, guidelines for task-shifting and task-sharing have been developed to encourage the delegation of specific medical tasks from physicians to nurses, with the goal of improving healthcare efficiency and maximizing the potential of the nursing workforce³⁸. These guidelines allow nurses to take on more complex tasks, such as patient assessments and certain diagnostic activities, under supervision or in collaboration with physicians. This initiative is designed to address the shortage of healthcare professionals and improve the quality of patient care. It also aims to enhance nurses' roles in managing clinical conditions, which could contribute to addressing clinical inertia. However, despite these progressive policies, legislative reforms are still necessary to fully empower nurses and align their roles more closely with NPs in countries like the United States and Australia, enabling them to manage clinical inertia proactively.

Together, these obstacles help explain why recent research—significantly beyond 2020—remains sparse in Japan. Not only did the pandemic interrupt research globally, but Japan's unique legal and institutional frameworks have also cur-

tailed nurse-led initiatives that might otherwise fill the gap identified in section 5.1. Consequently, advancing the discussion on the introduction of a nurse practitioner system and enhancing existing training programs may serve as key policy reforms. These efforts, along with the promotion of focused research on nurse-led strategies, could substantially strengthen initiatives to reduce clinical inertia in diabetes care in Japan.

3. Importance of addressing clinical inertia in Japanese clinics

In Japan, many patients with type 2 diabetes receive ongoing care primarily in clinic settings rather than large hospital centers. These clinics often have limited staff and resources, and consultation times tend to be brief, emphasizing physician-led assessments. Such conditions can inadvertently contribute to clinical inertia if treatment intensification is delayed or overlooked. Indeed, a global review reported that up to 50% of the population worldwide receives 5 minutes or less per primary care consultation, which may limit opportunities for comprehensive diabetes management³⁹. Moreover, data from Japan suggests that consultation times may be as short as 6–10 minutes, raising concerns about whether patients receive adequate assessment and counseling, especially for chronic conditions like diabetes³⁹.

Nurse-led interventions in clinics, therefore, have significant potential to address these gaps by providing proactive patient education, lifestyle counseling, and early identification of suboptimal glycemic control. For instance, when nurses can perform regular check-ups or telemonitoring, they may detect rising HbA1c levels early and initiate prompt discussions with physicians about treatment adjustments, thereby mitigating clinical inertia in these smaller, community-based practices. However, systemic and legal revisions—including broader recognition of nurses' decision-making authority and adequate reimbursement for nurse-led services—are crucial to implementing these strategies effectively.

Despite these challenges, considerable opportunities exist to adapt successful international models to the Japanese context. Integrating tele-

medicine into routine diabetes care is one promising avenue. Remote monitoring allows health-care providers to deliver personalized care by addressing patients' daily needs and unique circumstances²³). This approach could significantly enhance the scope of nursing practice in Japan, particularly in rural or underserved areas, by enabling nurses to respond more effectively to patient needs, thus improving outcomes and reducing clinical inertia. In recent years, Japan has also begun to provide insurance coverage for telemedicine⁴⁰), and this expansion of telemedicine reimbursement may enhance nurses' ability to monitor patients and promptly adjust care plans regularly. Such measures could potentially reduce clinical inertia by facilitating earlier treatment intensification. For instance, studies have shown that timely remote follow-up and nurse-led telemonitoring can improve glycemic control and increase medication titration rates, leading to fewer delays in therapy escalation²³). Nevertheless, while insurance coverage is a crucial step, additional research is needed to confirm whether and how such telemedicine services will effectively reduce clinical inertia in the Japanese context, given the abovementioned legal and institutional constraints.

Furthermore, developing a tailored NP framework in Japan could empower nurses to take on advanced roles, such as conducting patient assessments, adjusting treatment plans, and providing continuous education. Clarifying the distinctions between NPs and Japan's NPs can help inform strategies for adapting international best practices. Future research should evaluate the feasibility and effectiveness of nurse-led interventions, including telemedicine, and conduct cross-national comparisons to adapt successful models to Japan's healthcare system.

Institutional support remains essential to address these systemic, educational, and legal barriers. Policymakers must prioritize expanding training opportunities and granting greater autonomy to nurses, enabling them to lead interventions against clinical inertia. The increasing number of nurses completing "Specified Medical Acts Training" highlights a growing recognition

of the need for specialized skills. However, this progress must be matched with systemic changes to support nurses in these advanced roles.

By tackling these issues and leveraging available opportunities, Japan can construct a dynamic framework for nurse-led interventions, transform its approach to managing diabetes, and reduce clinical inertia. Focusing on clinics, where many T2DM patients receive regular care, is especially important. These efforts would improve patient outcomes and foster a more sustainable healthcare system, ensuring timely treatment intensification and better chronic disease management at the community level.

4. Limitations

Several limitations must be considered. First, this review is based mainly on English-language studies conducted in countries where the nursing profession may differ in scope and autonomy from Japan. Cultural, institutional, and regulatory differences may influence the applicability of these findings. Second, while this study provides a broad overview of nurse-led interventions, it does not fully explore patient perspectives or the dynamic interplay among healthcare team members. Future research should incorporate patient and interprofessional viewpoints and cross-cultural comparisons to develop more nuanced and context-specific interventions.

Conclusion

International evidence strongly supports the efficacy of nurse-led interventions in reducing clinical inertia and improving diabetes outcomes. Although Japan faces significant challenges—such as limited nursing autonomy, insufficient recognition of clinical inertia, and underutilized advanced nursing roles—there is considerable potential for adapting and implementing proven international strategies. By strengthening institutional support, reforming regulatory frameworks, and expanding nurse training programs, nurses in Japan can assume more advanced roles in patient assessment, medication titration, and education. Additionally, integrating telemedicine can enhance timely treatment intensification and foster proactive diabetes management.

Notably, some international reviews suggest that nurse-led care models may also be cost-effective, as they can help prevent complications and potentially reduce hospital admissions. However, further research is needed to confirm whether similar cost-saving effects are attainable under Japan's unique legal, financial, and organizational structures. Collaboration among policy-makers, healthcare professionals, and researchers will be essential to establish a sustainable and practical framework for nurse-led interventions that not only improve diabetes management but also maintain affordability and access. Ultimately, developing and implementing these strategies could enhance the overall quality of patient care, reduce healthcare costs, and improve the quality of life for individuals with diabetes in Japan.

References

- 1) International Diabetes Federation: Annual Report 2022, [online, https://idf.org/media/uploads/2023/07/IDF_Annual_Report_2022_Final.pdf], International Diabetes Federation, (3. 20. 2025)
- 2) Bellou V, Belbasis L, Tzoulaki I, et al.: Risk factors for type 2 diabetes mellitus: An exposure-wide umbrella review of meta-analyses, *PLoS One*, 13(3), e0194127, 2018. doi:10.1371/journal.pone.0194127 (12. 20. 2024)
- 3) Boyle JP, Honeycutt AA, Narayan KM, et al.: Projection of diabetes burden through 2050: impact of changing demography and disease prevalence in the U.S., *Diabetes Care*, 24(11), 1936 – 1940, 2001. doi:10.2337/diacare.24.11.1936 (12. 20. 2024)
- 4) Ross SA: Breaking down patient and physician barriers to optimize glycemic control in type 2 diabetes, *The American Journal of Medicine*, 126(9), Supplement 1, S38 – S48, 2013. doi:10.1016/j.amjmed.2013.06.012 (12. 20. 2024)
- 5) Stone MA, Charpentier G, Doggen K, et al.: Quality of care of people with type 2 diabetes in eight European countries: findings from the guideline adherence to enhance care (GUIDANCE) study, *Diabetes Care*, 36(9), 2628 – 2638, 2013. doi:10.2337/dc12-1759 (12. 20. 2024)
- 6) Khunti S, Khunti K, Seidu S: Therapeutic inertia in type 2 diabetes: prevalence, causes, consequences and methods to overcome inertia, *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 10, 1 – 11, 2019. doi:10.1177/2042018819844694 (12. 20. 2024)
- 7) van Bruggen R, Gorter K, Stolk R, et al.: Clinical inertia in general practice: widespread and related to the outcome of diabetes care, *Family Practice*, 26(6), 428 – 436, 2009. doi:10.1093/fampra/cmp053 (12. 20. 2024)
- 8) Andreozzi F, Candido R, Corrao S, et al.: Clinical inertia is the enemy of therapeutic success in the management of diabetes and its complications: a narrative literature review, *Diabetology and Metabolic Syndrome*, 12, 52, 2020. doi:10.1186/s13098-020-00559-7 (12. 20. 2024)
- 9) Holloway D, James S, Ekinçi E, et al.: Systematic review of the effectiveness of nurse-led care in reducing glycated haemoglobin in adults with Type 1 or 2 diabetes, *International Journal of Nursing Practice*, 29(6), e13135, 2023. doi:10.1111/ijn.13135 (12. 20. 2024)
- 10) Yuksel M, Bektas H, Ozer ZC, et al.: The effect of nurse-led diabetes self-management programmes on glycosylated haemoglobin levels in individuals with type 2 diabetes: a systematic review, *International Journal of Nursing Practice*, 29(6), e13175, 2023. doi:10.1111/ijn.13175 (12. 20. 2024)
- 11) Willens D, Cripps R, Wilson A, et al.: Interdisciplinary team care for diabetic patients by primary care physicians, advanced practice nurses, and clinical pharmacists, *Clinical Diabetes*, 29(2), 60 – 68, 2011. doi:10.2337/diaclin.29.2.60 (12. 20. 2024)
- 12) Crowe M, Jones V, Stone MA, et al.: The clinical effectiveness of nursing models of diabetes care: A synthesis of the evidence, *International Journal of Nursing Studies*, 93, 119 – 128, 2019. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.03.004 (4. 2. 2025)
- 13) Igarashi M, Ohta R, Nakata A, et al.: Perspectives on Collaboration between Physicians and Nurse Practitioners in Japan: (12. 20. 2024)

- A Cross-Sectional Study, *Nursing Reports*, 12(4), 894–903, 2022. doi:10.3390/nursrep12040086 (4. 2. 2025)
- 14) Sugiyama S, Asakura K, Takada N: Japanese nurse practitioners' legal liability ambiguity regarding their medical practice: a qualitative study, *BMC Nursing*, 19, 62, 2020. doi:10.1186/s12912-020-00458-2 (4. 2. 2025)
 - 15) Arksey H, O'Malley L: Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32, 2005. doi:10.1080/1364557032000119616 (5. 16. 2025)
 - 16) Mackey PA, Boyle ME, Walo PM, et al.: Care directed by a specialty-trained nurse practitioner or physician assistant can overcome clinical inertia in management of inpatient diabetes, *Endocrine Practice*, 20(2), 112–119, 2014. doi:10.4158/EP13201.OR (12. 20. 2024)
 - 17) Cook CB, Ziemer DC, El-Kebbi IM, et al.: Diabetes in urban African-Americans. XVI. Overcoming clinical inertia improves glycemic control in patients with type 2 diabetes, *Diabetes Care*, 22(9), 1494–1500, 1999. doi:10.2337/diacare.22.9.1494 (12. 20. 2024)
 - 18) Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al.: PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation, *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473, 2018. doi:10.7326/M18-0850 (5. 16. 2025)
 - 19) Edward C: An enhanced diabetes clinic in general practice: A review of results, *Diabetes & Primary Care*, 19(3), 116–120, 2017. <https://diabetesonthenet.com/wp-content/uploads/pdf/dotn7ce32e9dd8891855974f565f2e1ae2dc.pdf> (12. 20. 2024)
 - 20) John MN, Kreider KE, Thompson JA, et al.: Implementation of A1C point-of-care testing: serving under-resourced adults with type 2 diabetes in a public health department, *Clinical Diabetes*, 37(3), 242–249, 2019. doi:10.2337/cd18-0082 (12. 20. 2024)
 - 21) Furler JS, Blackberry ID, Walker C, et al.: Stepping up: a nurse-led model of care for insulin initiation for people with type 2 diabetes, *Family Practice*, 31(3), 349–356, 2014. doi:10.1093/fampra/cmt085 (12. 20. 2024)
 - 22) Manski-Nankervis JA, Furler J, O'Neal D, et al.: Overcoming clinical inertia in insulin initiation in primary care for patients with type 2 diabetes: 24-month follow-up of the stepping up cluster randomised controlled trial, *Primary Care Diabetes*, 11(5), 474–481, 2017. doi:10.1016/j.pcd.2017.06.005, (12. 20. 2024)
 - 23) Greenwood DA, Blozis SA, Young HM, et al.: Overcoming clinical inertia: a randomized clinical trial of a telehealth remote monitoring intervention using paired glucose testing in adults with type 2 diabetes, *Journal of Medical Internet Research*, 17(7), e178, 2015. doi:10.2196/jmir.4112, (12. 20. 2024)
 - 24) Zgibor JC, Maloney MA, Malmi Jr M, et al.: Effectiveness of certified diabetes educators following preapproved protocols to redesign diabetes care delivery in primary care: results of the REMEDIES 4D trial, *Contemporary Clinical Trials*, 64, 201–209, 2018. doi:10.1016/j.cct.2017.10.003 (12. 20. 2024)
 - 25) Gabbay RA, Añel-Tiangco RM, Dellasega C, et al.: Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): results of a 2-year randomized controlled pragmatic trial, *Journal of Diabetes*, 5(3), 349–357, 2013. doi:10.1111/1753-0407.12030 (12. 20. 2024)
 - 26) Ziemer DC, Tsui C, Caudle J, et al.: An informatics-supported intervention improves diabetes control in a primary care setting, *AMIA Annual Symposium Proceeding*, 2006, 1160, 2006. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1839402/pdf/AMIA2006_1160.pdf (12. 20. 2024)
 - 27) Paul SK, Klein K, Thorsted BL, et al.: Delay in treatment intensification increases the risks of cardiovascular events in patients with type 2 diabetes, *Cardiovascular Diabetology*, 14, 100, 2015. doi:10.1186/s12933-015-0260-x (12. 20. 2024)
 - 28) World Health Organization: Adherence to long-term therapies: evidence for action, [online, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>], World Health Organization, (2. 13. 2026)
 - 29) Tamiru S, Dugassa M, Amsalu B, et al.:

- Effects of nurse-led diabetes self-management education on self-care knowledge and self-care behavior among adult patients with type 2 diabetes mellitus attending diabetes follow up clinic: a quasi-experimental study design, *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 18, 100548, 2023. doi:10.1016/j.ijans.2023.100548, (12. 20. 2024)
- 30) Bossman IF, Castro E, Walden E: The impact of the COVID-19 pandemic on diabetes inpatient specialist nurses in the UK: An online survey and FOI request, *Journal of Diabetes Nursing*, 25(6), 1–8, 2021. https://researchonline.gcu.ac.uk/ws/portalfiles/portal/51672090/218._Bossman.pdf (12. 20. 2024)
- 31) Hills SA, Meadows K, Felton AM, et al.: Diabetes and Covid-19: Diabetes research funding and support during the pandemic, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 198, 110597, 2023. doi:10.1016/j.diabres.2023.110597 (4. 2. 2025)
- 32) Hooker SA, Truitt A, Anderson JP, et al.: Impact of the COVID-19 Pandemic on Type 2 Diabetes Care Delivery, *Clinical Diabetes*, 40(4), 442–448, 2022. doi:10.2337/cd21-0116 (4. 2. 2025)
- 33) Aleshire ME, Wheeler K, Prevost SS: The future of nurse practitioner practice: a world of opportunity, *Nursing Clinics of North America*, 47(2), 181–191, 2012. doi:10.1016/j.cnur.2012.04.002 (12. 20. 2024)
- 34) Hirosue M, Okubo M, Katayama T, et al.: Nurse practitioners: an untapped resource on the overburdened health system, *Asian Journal of Neurosurgery*, 19(3), 576–577, 2024. doi:10.1055/s-0042-1749149 (12. 20. 2024)
- 35) Wheeler KJ, Miller M, Pulcini J, et al.: Advanced practice nursing roles, regulation, education, and practice: a global study, *Annals of Global Health*, 88(1), 42, 2022. doi:10.5334/aogh.3698, (12. 20. 2024)
- 36) Ministry of Health, Labour and Welfare: Enforcement, etc. of the ministerial ordinance concerning the specified acts prescribed in article 37-2, paragraph 2, item 1 of the act on public health nurses, midwives, and nurses and the training for specified acts prescribed in item 4 of the same paragraph, 2015. [online, https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3016&dataType=1&pageNo=1] Ministry of Health, Labour and Welfare, (12. 20. 2024) (in Japanese)
- 37) Arends SAM, Thodé M, De Veer AJE, et al.: Nurses' perspective on their involvement in decision-making about life-prolonging treatments: A quantitative survey study, *Journal of Advanced Nursing*, 78(9), 2884–2893, 2022. doi:10.1111/jan.15223 (12. 20. 2024)
- 38) Japanese Nursing Association: Guidelines and Practical Guide on Task Shifting/Sharing to Enhance Nursing Professional practice, 2022. [online, https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/shift_n_share/guideline/tns_guideline.pdf], Japanese Nursing Association (12. 20. 2024) (in Japanese)
- 39) Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al.: International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries, *BMJ Open*, 7(10), e017902, 2017. doi:10.1136/bmjopen-2017-017902 (4. 2. 2025)
- 40) Ministry of Health, Labour and Welfare: Basic Policy for the Promotion of Online Medical Care and Other Forms of Remote Healthcare, 2023. [online, https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001116016.pdf?utm_source=chatgpt.com] Ministry of Health, Labour and Welfare, (12. 20. 2024) (in Japanese)

糖尿病管理における臨床的慣性の克服に向けた看護介入の有効性 —日本における適用可能性を探る文献レビュー—

濱野 初恵, 竹口 将志

富山県立大学看護学部

キーワード

臨床的慣性, 糖尿病, 看護介入, 文献レビュー

要 旨

- 【目的】** 本研究は、臨床的慣性（治療が必要と認識されながら開始・強化されない状態）が糖尿病管理に与える影響に着目し、看護師主導の介入がその軽減に寄与するかを国際的な研究成果をもとに評価するとともに、日本の医療現場での適用可能性を検討することを目的とする。
- 【方法】** PRISMA-ScRに準拠し、CINAHLとMEDLINEを用いて1999～2024年の「臨床的慣性」と「糖尿病」に関する原著論文を検索した。医師や薬剤師などの医療従事者以外に焦点を当てた研究、アクセス不能な論文、レビュー論文を除外し、最終的に10件を抽出・分析した。
- 【結果】** 対象の多くは介入研究であり、ナース・プラクティショナーや糖尿病療養指導士が主に実施していた。インスリン調整、血糖モニタリング、患者教育を通じて治療強化が図られ、HbA1c、血圧、LDLコレステロールの改善や患者満足度の向上に寄与していた。
- 【結論】** 看護師主導の取り組みにより治療強化や検査値の改善効果が認められた。これを踏まえ、臨床的慣性の克服には継続教育や多職種連携を含むケアモデルの構築が重要と考えられる。日本においても、これらのケアモデルの普及により糖尿病管理の質向上と研究の発展が期待される。

研究報告

空腹感の捉え方の類型による2型糖尿病患者の食事療法の 実施とQOL、病気の不確かさの特徴

Characteristics of Diet Therapy Practice, Quality of Life and Uncertainty in Illness
in Patients with Type 2 Diabetes Based on Hunger Sensation Perception Typology

金松（長棟）瑞代¹⁾，大桑 麻由美²⁾，稲垣 美智子³⁾
堀口 智美²⁾，浅田 優也²⁾，北川 麻衣²⁾

Mizuyo Kanematsu (Nagamune)¹⁾，Mayumi Okuwa²⁾，Michiko Inagaki³⁾
Tomomi Horiguchi²⁾，Yuya Asada²⁾，Mai Kitagawa²⁾

¹⁾ 金沢医科大学看護学部，²⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系，³⁾ 金沢大学

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

キーワード

2型糖尿病，空腹感，食事療法，生活の質，病気の不確かさ

Key words

type 2 diabetes mellitus, hunger sensation, diet therapy, quality of life, uncertainty in illness

要 旨

目的：2型糖尿病患者の空腹感の捉え方に基づいて分類された2群の食事療法の実施とQOL、病気の不確かさの特徴を明らかにすることである。

方法：先行研究にて外来通院中の2型糖尿病患者147名を対象に質問紙調査を実施し、空腹感の捉え方によって全ての因子得点が高い群38名と低い群109名に分類された。本研究では両群の食事療法に関する実施状況とQOL、病気の不確かさの特徴を、食事療法に関する実施状況（J-SDSCA食事因子）、糖尿病食事関連QOL改訂短縮版（DDRQOL-R-9）、病気の不確かさ（MUIS-C）を用いて群間比較を行った。

結果：J-SDSCA食事因子得点は、全ての因子得点が高い群の方が食事療法に関する実施状況は有意に低かった（ $p<0.05$ ）。DDRQOL-R-9の各下位尺度得点は【食事療法の負担】にて、全ての因子得点が高い群の方が食事療法の負担感は有意に高かった（ $p<0.05$ ）。一方、【食事全般の主観的満足感】、【食事療法からの受益感】では、2群間で有意差が認められなかった。MUIS-C合計得点は、全ての因

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

子得点が高い群の方が病気の不確かさは有意に高かった ($p<0.05$)。

結論：全ての因子得点が高い群は全ての因子得点が低い群に比べて食事療法に関する実施状況は低く、食事療法に対する負担が高く、病気の不確かさは高かった。

はじめに

糖尿病治療の目標は、糖尿病に関わる合併症の予防及び増悪を防ぎ、健康な者と変わらない Quality of Life (以下、QOL) を維持しながら寿命を全うすることとされている¹⁾。糖尿病治療の基本は、食事療法、運動療法、そして薬物療法の実施であり、患者は糖尿病を患ったことにより、これまでの生活習慣を変える、もしくは新たな生活習慣を取り入れながら生活をしていかなければならない。また、食事は満足感や喜びのみならず、家族や友人といった食事を共にする機会がある身近な他者とのコミュニケーション、関係構築や精神的健康にも良い影響を与える²⁾³⁾。そのため、糖尿病と診断されてから、食事が食事療法に変わり、病を悪化させないための方略の1つという要素が加わり、従来の“食事”の意味づけが変化すると考える。

糖尿病をもつ者の食事療法では、患者の年齢、病態や食習慣の多様化を考慮し、患者の食事療法に対する理解度や行動変化を評価しつつ患者の意向を受け入れ、実効性の高い継続的な個別の食事指導が必要とされている⁴⁾。一方で、Shimら⁵⁾は糖尿病をもつ者にとって“食べることの自由”が制限されるということがQOLの低下に最も関与していること、余目は糖尿病をもつ者は食事療法をがんばろうと思いつつも、食事療法に伴う重圧感を抱いており、食事療法に対する相反する気持ちが生じている可能性を述べている⁶⁾。加えて、糖尿病をもつ者は食事療法の知識を理解していても実際に行動することが難しいと感じていることが明らかとなっている⁷⁾。糖尿病治療の中でも、特に食事療法のアドヒアランスは低いとされており、患者が自己管理を継続していくことが課題となっている⁸⁻¹⁰⁾。つまり、糖尿病をもつ者にとって行動管理と心理的幸福の維持が困難である一方、それを生涯にわたり続けなければならない現状があると考える。

このような背景から先行研究において、糖尿病教育を受けたと認識している2型糖尿病をもつ者が食事療法を継続して遵守しようとする時に生じる“食事療法を行う必要性は理解しているが、実行できない”という食事療法に対する困難感や疲

弊感の様相を明らかにした¹¹⁾。その様相には、患者自身が感じる“空腹感”とそれに対する“我慢”という対処行動があった。そして、食事療法の実行が困難な原因は“自分の我慢が足りないからだ”という考え方と、“糖尿病の病態が影響しているからだ”という考え方があることが明らかになった¹¹⁾。このことから、空腹感の捉え方が異なること、空腹感の捉え方が分類できる可能性を推察した。

そのため、2型糖尿病をもつ者の空腹感の捉え方を把握する方法として、『2型糖尿病患者の空腹感の捉え方質問紙』を作成した¹²⁾。この質問紙は第1因子：【自己管理能力の不足感】、第2因子：【空腹の言語化肯定感】、第3因子：【糖尿病特有の空腹是認感】、第4因子：【空腹気づき感】、第5因子：【血糖コントロール不良時の身体依存感】、第6因子：【食摂取許容感】の6因子25項目である。質問紙の6因子より得点を算出し、対象者をクラスター分析し、全ての因子得点が高い特徴をもつ38名(以下、A群)と全ての因子得点が低い特徴をもつ109名(以下、B群)の2群に分類された。さらに、A群のHbA1c平均値は7.8%、B群のHbA1c平均値は7.3%であり、2群間で有意差が認められ、空腹感のとらえ方に着目した食事療法の自己管理支援に活用できることが示唆された¹²⁾。さらに、先行研究⁹⁾では、この空腹感の捉え方は患者が糖尿病教育を受け、糖尿病をもちながら生活を積み重ねる中で生じる現象であった。

そのため、本研究の目的は、『2型糖尿病患者の空腹感の捉え方質問紙』に基づいて分類された2群を、生活の現状を反映する食事療法に関する実施状況とQOL、生活の継続に関わると考えられる病気の不確かさという視点から特徴を明らかにすることである。意義は、2群それぞれの特徴を明らかにすることで、2型糖尿病をもつ者の空腹感の捉え方の違いを意味づけすることができ、患者理解の一助に繋がると考えたからである。

研究方法

1. 研究デザイン
関連探索研究
2. 研究対象者

対象は、北陸地方のC県内において糖尿病療養指導を行う施設に外来通院し、質問紙調査に回答可能な2型糖尿病患者をもつ者とした。調査は3施設にて実施し、そのうち2施設は無病床のクリニックであり、1施設は300床以上の総合病院であった。研究参加施設は、機縁法にて選定した。

除外基準は、1) 自記式質問紙に患者自身が回答できない者、2) 重篤な合併症や疾病を併発している者(二次性糖尿病、急性期、透析、失明、麻痺、がん等)、3) BMI35kg/m²以上の者とした¹³⁾。

対象選定については、協力施設の医療従事者に依頼した。

3. 調査方法

研究者が作成した自記式質問紙『2型糖尿病患者の空腹感の捉え方質問紙』及び基本属性、糖尿病コントロール指標、既存尺度を用いてデータを収集した。研究協力の同意を得られた3施設の医療機関において、同意を得られた対象者に医療者もしくは研究者が質問紙を配布した。回収は、郵送法もしくは研究者が直接回収を行った。

データ収集期間は、2020年7月-2021年6月であった。

4. 調査内容

1) 基礎情報：年齢、性別、糖尿病罹患期間、同居者の有無、治療方法、合併症の有無、糖尿病教育経験の有無

2) 2型糖尿病患者の空腹感の捉え方質問紙¹²⁾：25項目6因子構造である。内容は、第1因子：【自己管理能力の不足感】6項目、第2因子：【空腹の言語化肯定感】5項目、第3因子：【糖尿病特有の空腹是認感】5項目、第4因子：【空腹気づき感】4項目、第5因子：【血糖コントロール不良時の身体依存感】2項目、第6因子：【食摂取許容感】3項目である。

3) 食事療法の実施とQOLに関する項目

(1) 食事療法に関する実施状況の指標：セルフケア行動評価尺度日本語版(The Japanese translated the Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure：以下、J-SDSCAとする)

J-SDSCAはToobertらによって開発された尺度¹⁴⁾であり、大徳らが作成した日本語版を使用した¹⁵⁾。食事5項目、運動2項目、血糖自己測定2項目、服薬管理2項目、フットケア5項目の5因子17項目である。各項目についてセルフケア行動がとれた日を1点とし、0-7点で得点化したものである。この尺度は、各因子ごとに合計得点が高いほど、それぞれのセルフケア行動が実施できていた

ことを示す。食事に関連するのは5項目35点満点であり、この尺度は信頼性・妥当性が確認されている¹⁵⁾。群間の比較では、空腹感の捉え方に関連していると思われる「食事計画が何日守れましたか。」など、食事に関する5項目を使用し分析した。

(2) QOLの指標：糖尿病食事関連QOL改訂短縮版(Revised version of the Diabetes Diet-Related Quality of Life Short form：以下、DDRQOL-R-9とする)

DDRQOL-R-9は、Satoら¹⁶⁾が改訂したRevised version of the Diabetes Diet-Related Quality of Lifeの短縮版である。日本語版のDDRQOL-R-9は使用許可を得た際に開発者から送付された質問紙を使用した。糖尿病患者をもつ者の食事に関連したQOLをより簡便に測定するために開発されたものであり、3つの下位尺度それぞれで糖尿病食事関連QOLを測定する。項目は第1因子：【食事全般の主観的満足感】3項目、第2因子：【食事療法の負担】3項目、第3因子：【食事療法からの受益感】3項目の全9項目からなり、5段階評定で評価する尺度である。各下位尺度得点は、開発者の計算式に基づき0-100点の範囲に変換し算出する。各下位尺度ともカットオフポイントはない。また、得点が高いほど、それぞれの下位尺度に関するQOLは高いとされる。この尺度は、信頼性・妥当性が確認されている。

4) 糖尿病患者の病気の不確かさに関する項目

(1) 病気の不確かさの指標：Mishelの病気の不確かさ尺度(Mishel uncertainty in Illness Scale-Community Form：以下、MUIS-Cとする)

MUIS-Cは、Mishelが開発した1因子で構成された質問紙尺度¹⁷⁾で、野川が作成した日本語版を使用した¹⁸⁾。23項目、5段階評定で合計得点を評価する尺度である。得点範囲は23-115点であり、カットオフポイントはない。得点が高いほど病気の不確かさが高いとする。この尺度は信頼性・妥当性が確認されている。

Mishelは、不確かさを「病気に関連する出来事に明確な意味づけができない時に生じる認知状態」と定義し¹⁹⁾、慢性疾患では症状が予測できず、不確かさが継続的に経験される²⁰⁾としている。本研究でMUIS-Cを用いる理由は、糖尿病患者をもつ者が病いとともに生活を続ける中で、不確かさを感じる場面があると考えたからである。先行研究において、患者が自身の食事療法の実行が困難な原因

は“自分の我慢が足りないからだ”という考え方と、“糖尿病の病態が影響しているからだ”という考え方をもつことで、糖尿病をもつ自分の身体に不確かさを抱いていること¹¹⁾が明らかになった。そして、この様相の根底には、空腹感が関与していることが示唆された。このことから、空腹感の捉え方はMishelの病気の不確かさと関連があると考えた。

以上、3つの尺度を使用するにあたり、それぞれ開発者に連絡し、使用承諾を得た。

5. データ分析方法

『2型糖尿病患者の空腹感の捉え方質問紙』の回答結果からクラスター分析にて対象者を分けたところ、2群にわかれた。また、2群の特徴はA群38名と、B群109名であることがわかった¹²⁾。その後、本研究ではJ-SDSCA食事因子得点、DDRQOL-R-9下位尺度得点、MUIS-C合計得点を群間比較し、特徴を分析した。

群間比較には、各尺度のデータから正規性の有無を確認した。正規性が認められたデータは対応のあるt検定、正規性が認められなかったデータはMann-WhitneyのU検定を用いて検定した。分析には、統計解析ソフトSPSS27.0を使用し、統計解析にあたり有意水準を0.05とした。

6. 倫理的配慮

対象者への説明は、研究者もしくは協力施設の医療従事者により説明文書を用いて行った。参加は自由意思であり、本研究への不参加による診療上の不利益等がないことを説明した。回答は無記名であり、対象者のプライバシーの保護には十分配慮し、厳重なデータの管理・保管を行うことを説明した。なお、質問紙に回答することで同意を得たものとする、回答提出後は同意撤回が困難であることを説明した。

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（審査番号：967-2）。

結 果

1. データ回収状況

質問紙配布依頼部数は200部であり、175部回収した（回収率87.5%）。そのうち欠損値がある者や、免疫抑制剤を服用している対象者を除外したため、分析対象者は147名（有効回答率84.0%）となった。

2. 対象特性（表1）

複数回答であった治療法及び合併症について問う項目以外の検定を行った。両群の概要を表1に示す。平均年齢はA群は57.1±13.1歳、B群は60.2

±12.5歳であった（ $p=0.204$ ）。性別はA群は男性23名（60.5%）、女性15名（39.5%）、B群は男性81名（74.3%）、女性28名（25.7%）であった。糖尿病罹患期間は、A群は14.6±9.1年、B群は11.3±9.2年であった（ $p=0.025$ ）。同居者の有無では、A群は独居3名（7.9%）、家族と同居している者が35名（92.1%）、B群は独居18名（16.5%）、家族と同居している者が91名（83.5%）であった（ $p=0.193$ ）。糖尿病教育の経験有無では、A群は教育経験ありと回答した者が32名（84.2%）、経験無しと回答した者が5名（13.2%）、わからないと回答した者は1名（2.6%）であった。B群は教育経験ありと回答した者が93名（85.4%）、経験無しと回答した者が13名（11.9%）、わからないと回答した者は3名（2.8%）であった（ $p=0.455$ ）。以上より、糖尿病罹患期間は有意差があったが、それ以外の項目は有意差がなかった。

3. 各群における2型糖尿病をもつ者の食事療法に関する実施状況とQOL、病気の不確かさに関わる指標の特徴

1) 各群におけるJ-SDSCA食事因子得点の特徴（表2）

J-SDSCA食事因子得点の平均は、A群15.1±8.2点、B群18.1±7.5点であり（ $p=0.044$ ）、A群のほうが食事療法に関する実施状況が有意に低かった。

2) 各群DDRQOL-R-9下位尺度得点の特徴（表3）

DDRQOL-R-9の各下位尺度得点の平均は第2因子：【食事療法の負担】A群56.6±27.9点、B群72.4±20.8点（ $p=0.001$ ）であり、A群のほうが食事療法の負担感は有意に高いといえた。第1因子：【食事全般の主観的満足感】（ $p=0.385$ ）、第3因子：【食事療法からの受益感】（ $p=0.667$ ）においては、2群間で有意差が認められなかった。

3) 各群におけるMUIS-C合計得点の特徴（表4）

MUIS-C合計得点の平均は、A群60.9±8.6点、B群55.2±10.3点（ $p=0.002$ ）であり、A群の方が病気の不確かさは有意に高かった。

考 察

1. 空腹感の捉え方と食事療法に関する実施状況とQOLについて

先行研究にて、『2型糖尿病患者の空腹感の捉え方質問紙』により、対象者が2群に分けられたこと、その2群の背景を調べると平均HbA1cはA群7.8%、B群7.3%と、HbA1cに有意差が認められた¹²⁾。以上のことから、本研究では空腹感の捉え方が日々の食事療法実施度や、食事療法への

表1 対象特性

N=147

		A群 (n=38)	B群 (n=109)	p
		平均値±SD	平均値±SD	
年齢 (歳)		57.1±13.1	60.2±12.5	0.204
	範囲	20-79	24-85	
性別				0.109
	男性	23 (60.5%)	81 (74.3%)	
	女性	15 (39.5%)	28 (25.7%)	
糖尿病罹患期間 (年)		14.6±9.1	11.3±9.2	0.025*
	範囲	1-39	0.7-45	
同居者の有無	有	3 (7.9%)	18 (16.5%)	0.088
	無	35 (92.1%)	91 (83.5%)	
治療法 (複数回答)	血糖降下薬	34 (89.4%)	103 (94.4%)	-
	インスリン製剤	13 (34.2%)	22 (20.1%)	
	GLP-1 阻害薬	3 (7.8%)	2 (1.8%)	
	食事療法のみ	3 (7.8%)	4 (3.6%)	
糖尿病の合併症 (複数回答)				-
	神経障害	2 (5.2%)	5 (4.5%)	
	網膜症	3 (7.8%)	5 (4.5%)	
	腎症	1 (2.6%)	3 (2.7%)	
	歯周病	3 (7.8%)	5 (4.5%)	
	心血管疾患	3 (7.8%)	4 (3.6%)	
糖尿病教育の有無	有	32 (84.2%)	93 (85.4%)	0.455
	無	5 (13.2%)	13 (11.9%)	
	わからない	1 (2.6%)	3 (2.8%)	

対応のないt検定, Mann-Whitney U検定; SD = Standard Deviation

*p<0.05

注. A群は全ての因子得点が高い群、B群は全ての因子得点が高い群

注. 治療法及び糖尿病の合併症は、複数回答であるため検定は行わなかった

注. p = p-value

表2 J-SDSCA食事因子得点の特徴の群間比較

N=147

	A群 (n=38)	B群 (n=109)	t	df	p	95%CI	r
	平均値±SD	平均値±SD					
J-SDSCA食事因子得点	15.1±8.2	18.1±7.5	2.032	145	0.044*	[0.080, 5.785]	-0.05

対応のないt検定; SD = Standard Deviation

*p<0.05

注. J-SDSCA (The Japanese translated the Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure)

注. 得点範囲は、0-35点である

注. A群は全ての因子得点が高い群、B群は全ての因子得点が高い群

注. t = t-value

注. df = degree of freedom

注. p = p-value

注. CI = Confidence Interval

注. r = effect size r

表3 DDRQOL-R-9 下位尺度得点の特徴の群間比較

N=147

	A群 (n=38)	B群 (n=109)	Z	p	r
	平均値±SD	平均値±SD			
第1因子得点【食事全般の主観的満足感】	76.3±21.8	80.0±19.07	-0.869	0.385 (ns)	-0.05
第2因子得点【食事療法の負担】	56.6±27.9	72.4±20.8	-3.236	0.001*	-0.26
第3因子得点【食事療法からの受益感】	57.0±21.3	58.3±23.0	-0.430	0.667 (ns)	-0.04

Mann-Whitney U 検定 ; SD = Standard Deviation

*p<0.05

注. DDRQOL-R-9 (Revised version of the Diabetes Diet-Related Quality of Life Short form)

注. 各下位尺度得点範囲は、0-100点である

注. A群は全ての因子得点が高い群、B群は全ての因子得点が高い群

注. Z = standardized test statistic Z

注. p = p-value

注. r = effect size r

表4 MUIS-C合計得点の特徴の群間比較

N=147

	A群 (n=38)	B群 (n=109)	t	df	p	95%CI	r
	平均値±SD	平均値±SD					
MUIS-C合計得点	60.9±8.6	55.2±10.3	-3.103	145	0.002*	[-9.516, -2.111]	0.25

対応のないt検定 ; SD = Standard Deviation

*p<0.05

注. MUIS-C (Mishel uncertainty in Illness Scale-Community Form)

注. 得点範囲は、23-115点である

注. A群は全ての因子得点が高い群、B群は全ての因子得点が高い群

注. t = t-value

注. CI = Confidence Interval

注. df = degree of freedom

注. r = effect size r

注. p = p-value

満足度にも影響しているのではないかと考え、本研究に取り組んだ。

その結果、A群はB群と比較すると食事療法に関する実施状況が低く、DDRQOL-R-9の中でも【食事療法に対する負担】が高かった。つまり、HbA1cが比較的高く空腹感の捉え方の得点が高い傾向にあれば、患者自身が認識している食事療法に関する実施状況は低く、食事療法に対する負担をより感じているといえる。

先行研究によると、病気に対する認識と自己管理の実践が血糖コントロールと関係しており、自己管理を行動にうつすことは病態とその要因、心理・社会的要因を含む多次元的な現象であるとされている^{21) 22)}。

本研究においては“空腹感の捉え方”という患者にとっての認識と血糖コントロールの違いによって、食事療法に関する実施状況という自己管理行動の中の食事療法に焦点をあてた結果であった。今後は群別の病態や社会的要因といった点も考慮し関わる必要性があることが示唆された。

また、壮年期の2型糖尿病をもつ者を対象とし

た佐藤らの研究においても、DDRQOL-R-9 第2因子：【食事療法の負担】に関してはHbA1cが高いと負担を感じていることが明らかとなっており²³⁾、本研究結果と一致した。【食事療法の負担】という因子は、好きなものが食べられないという気持ち、家族や公の場で人と同じものが食べられない気持ちに対する負担を問う項目である。本研究対象者の平均年齢は59.5±12.7歳と壮年期であったことから、職場や家庭などの社会的役割を果たしながらも糖尿病の自己管理を行う困難さが反映されたのではないかと考える。

安田らは、【つき合いにおける食事療法の負担感】が、〈糖尿病の告白〉という【視座の転換】や〈自分なりの食事自己管理基準での実行〉〈仕事上の責任回避〉という【無理のない管理】を通して、〈食事療法に対する負担感の減少〉〈食事自己管理への自信〉〈自己管理調整への満足感〉といった【自己管理法の確信】へと気持ちに変化していくプロセスを明らかにしている²⁴⁾。

また、中村らは、本来楽しみである食事が、糖尿病の食事療法を始めると、「食事の管理方法は

難しい」と思い込み、それに伴う【負担感】や【意欲の減退】といった否定的情動によって“食事の自己管理行動ができない”につながる。一方、自分のペースや可能な方法を工夫、他者からの援助の活用など、患者が自分に合った【自分流の発見】をできるようになることは、【負担感の軽減】や患者の【満足感】といった肯定的情動を招き、自己管理行動を継続できることにつながることを明らかにしている²⁵⁾。

以上のことから、本研究対象者においても高得点群の対象者は社会生活を営みながら自己管理を継続していくということを主軸に、仕事や家庭環境を考慮し、患者自身が実行可能な方法や他者からの支援を取り入れながら、食事療法への自己管理に自信がもてるような支援を行うことで、患者なりの自己管理方法を確立していける可能性があることが推察された。

一方、DDRQOL-R-9 第1因子：【食事全般の主観的満足感】及び第3因子：【食事療法からの受益感】に関しては2群間で有意差が認められなかった。【食事全般の主観的満足感】は、「食事をおいしいと感じましたか」など3項目である。また、【食事療法からの受益感】は「食事療法をすることによって血糖コントロール状態がよいと感じることがありますか」など3項目である。

つまり、本研究の対象者においては、空腹感の捉え方及びHbA1cの違いによる【食事全般の主観的満足感】と【食事療法からの受益感】には違いがなかったといえる。一方、佐藤らの研究では、【食事全般の主観的満足感】は食事療法の実施方法を理解していると満足感が高く、【食事療法からの受益感】に関しては自己管理行動を実施している、もしくはHbA1cが良好であるほどQOLが高いという結果であった²³⁾。

本研究の対象者の約85%は『糖尿病教育を受けた』と認識はしていたが、認識していることと実施方法を理解していることは必ずしも一致するとは限らないこと、患者が認識している自己管理行動の実施状況やHbA1cの状態の違いによって【食事全般の主観的満足感】【食事療法からの受益感】に対する認識に変化がないことが明らかになった。

2. 空腹感の捉え方と病気の不確かさについて
MUIS-Cは、Polonskyらによって作成され²⁶⁾、日本語訳された糖尿病領域質問表（Problem Area in Diabetes Survey：以下、PAID）²⁷⁾²⁸⁾との併存妥当性が明らかとなっている¹⁸⁾。PAIDは糖尿病の心理的負担感を問う質問紙であり、QO

Lのみならず、対処行動と関連がある²⁹⁾。このことから、空腹感の捉え方は病気の不確かさ、ひいては糖尿病の心理的負担との関連も示唆され、A群はB群と比べて糖尿病に対する心理的負担感が強いことが考えられた。

患者は生活をしながら糖尿病の合併症の発症もしくは悪化防止を目的に治療を継続していくことになるため、管理を継続するためのモチベーションを維持し、それぞれの患者に応じた心理的負担に繋がる要因を調査していくことが必要であると考える。

本研究の限界と課題

研究協力施設には、糖尿病専門医や糖尿病療養指導士が在籍していた。そのため、協力施設が糖尿病教育に積極的であることから、現在・過去を含め患者自身が糖尿病教育を受けたという認識がある者が両群とも8割以上を占めていたと考えられる。このことから、本研究の限界は糖尿病教育を受けたことがない、もしくは受けた認識がない集団の空腹感の捉え方は明らかになっておらず、特徴を明らかにする必要がある。

また、本研究では既存の3つの指標を用いて2群間の特徴は明らかにできたが、各群別に食事療法に関わる具体的な支援方法を検討していくことが今後の課題である。

結 論

A群はB群に比べて、糖尿病罹患歴が長く、食事療法に関する実施状況が有意に低く、食事療法に対する負担が有意に高く、病気の不確かさは有意に高かった。

このことから、本研究結果は糖尿病罹患歴が長く、食事療法が実行できていないと感じ、食事に対する制約感や人と一緒のものを食べられないという思いがあり、糖尿病とともに生きる生活に負担感を抱いている、といった特徴がある対象者への食事療法の支援に活用できると考えられる。

謝 辞

本研究への参加を快く承諾していただきました皆様に、心より感謝申し上げます。また、本研究の趣旨をご理解いただき、対象となる方々のご紹介及び調査活動に多大なるご協力をいただきました調査施設のスタッフの皆様にも厚く御礼申し上げます。さらに、研究計画へのご助言、調査施設への研究協力依頼にご協力いただきました多崎恵子

先生に、深く感謝申し上げます。

利益相反

この研究は科学研究費助成事業（研究活動スタート支援）（研究課題番号：20K23144）の資金援助を受けた。

なお、この研究は金沢大学大学院博士後期課程の博士論文として提出した学位論文の一部であり、加筆・修正を加えたものである。

文 献

- 1) 一般社団法人日本糖尿病学会：3. 治療, 一般社団法人日本糖尿病学会, 糖尿病治療ガイド 2022-2023, 文光堂, 42-45, 東京
- 2) 中川李子, 長塚未来, 西山未真, 他：共食の機能と可能性 - 食育をより有効なものとするための一考察 -, 食と緑の科学, 64, 55-65, 2010
- 3) 木村駿介, 嘉瀬貴祥, 大石和男：共食の質尺度の作成および精神的健康との関連, 日本家政学会誌, 69(6), 439-447, 2018
- 4) 山内敏正, 神谷英紀, 宇都宮一典, 他：糖尿病患者の栄養食事指導 - エネルギー・炭水化物・タンパク質摂取量と栄養食事指導 -, 糖尿病, 63(3), 91-109, 2020
- 5) Shim YT, Lee J, Toh MP, et al.: Health-related quality of life and glycaemic control in patients with Type 2 diabetes mellitus in Singapore, *Diabetic Medicine*, 29(8), e241-e248, 2012, doi:10.1111/j.1464-5491.2012.03689.x (10. 28. 2021)
- 6) 餘目千史：2型糖尿病患者の食事療法への努力と関連要因との関係, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 16(2), 163-170, 2012
- 7) Willig AL, Richardson BS, Agne A, et al.: Intuitive eating practices among African-American women living with type 2 diabetes: A qualitative study, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(6), 889-896, 2014. doi:10.1016/j.jand.2014.02.004 (10. 30. 2021)
- 8) Marinho FS, Moram CBM, Rodrigues, PC, et al.: Treatment Adherence and Its Associated Factors in Patients with Type 2 Diabetes: Results from the Rio de Janeiro Type 2 Diabetes Cohort Study, *Journal of Diabetes Research*, 2018. doi:10.1155/2018/8970196, (10. 30. 2021)
- 9) Alhaiti AH, Senitan M, Dator WLT, et al.: Adherence of Type 2 Diabetic Patients to Self-Care Activity: Tertiary Care Setting in Saudi Arabia, *Journal of Diabetes Research*, 2020. doi:10.1155/2020/4817637 (10. 29. 2021)
- 10) Marcus H, Astrid F, Jens B, et al.: Patterns and associated factors of diabetes self-management: Results of a latent class analysis in a German population-based study, *PLoS One*, 16(3), 2021, doi:10.1371/journal.pone.0248992 (1. 30. 2024)
- 11) 長棟瑞代, 稲垣美智子, 多崎恵子, 他：2型糖尿病をもつ患者の“わかっているけれど、できない”ことへの自己対処の様相, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 24(2), 181-190, 2020
- 12) Nagamune M, Inagaki M, Okuwa M, et al.: Typology of hunger sensation perception in patients with type 2 diabetes, *Journal of International Nursing Research*, 2 (2), e2022-0016, 2023. doi:10.53044/jinr.2022-0016 (10.15. 2023)
- 13) 日本肥満学会：第2章 肥満症判定と肥満症診断基準, 肥満症診療ガイドライン2016, ライフサイエンス出版, 4-17, 東京
- 14) Toobert DJ, Hampson SE & Glasgow RE.: The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale, *Diabetes Care*, 23(7), 943-950, 2000, doi:10.2337/diacare.23.7.943 (10. 23. 2021)
- 15) 大徳真珠子, 本田育美, 奥宮暁子, 他：セルフケア行動評価尺度SDSCA (The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure) の日本人糖尿病患者における妥当性および信頼性の検討, 糖尿病, 49(1), 1-9, 2006
- 16) Sato E, Ochiai R., Shibayama T, et al.: Reliability and validity of revised and short form versions of diabetes diet-related quality of life scale, *Diabetology International*, 8 (2), 181-192, 2016. doi:10.1007/s13340-016-0291-x, (2. 20. 2020)
- 17) Mishe MH: Uncertainty in Illness Scales Manual, University of North Carolina at Chapel Hill, 1997
- 18) 野川道子：Mishelの病気の不確かさ尺度 (Community Form) 日本語版の信頼性・妥当性, 日本看護科学会誌, 24(3), 39-48, 2004
- 19) Mishel MH.: Uncertainty in illness, *IMAGE the Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232, 1988
- 20) Mishel MH.: Uncertainty in chronic illness.

- Annual review of nursing research, 17, 269–294, 1999
- 21) DaSantos A, Goddard C, Ragoobirsingh D.: Self-care adherence and affective disorders in Barbadian adults with type 2 diabetes, *AIMS Public Health*, 9 (1), 62–72, 2022. doi:10.3934/publichealth.2022006, (1. 12. 2023)
- 22) Ngetich E, Pateekhum C, Hashmi A, et al.: Illness perceptions, self-care practices, and glycemic control among type 2 diabetes patients in Chiang Mai, Thailand, *Archives of Public Health*, 80(1), 134, 2022. doi:10.1186/s13690-022-00888-1, (1. 12. 2023)
- 23) 佐藤栄子, 宮下光令, 数馬恵子: 壮年期2型糖尿病患者における食事関連QOLの関連要因, *日本看護科学会誌*, 24(4), 65–73, 2004
- 24) 安田加代子, 松岡緑, 藤田君支, 他: 糖尿病の自己管理における対人関係の困難性 困難な気持ちから肯定的な気持ちへと変化した対処行動, *日本看護科学会誌*, 25(2), 28–36, 2005
- 25) 中村小百合, 足立はるゑ, 天野瑞枝: 成人期の2型糖尿病患者が抱く食事の自己管理行動に関する認識と情動, *日本看護医療学会雑誌*, 11(1), 15–24, 2009
- 26) Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, et al.: Assessment of diabetes-related distress, *Diabetes Care*, 18(6), 754–760, 1995. doi:10.2337/diacare.18.6.754 (10. 24. 2021)
- 27) 石井均, 古家美幸, 岡崎研太郎, 他: PAID(糖尿病問題領域質問表)を用いた糖尿病患者の感情負担度の測定, *糖尿病*, (Suppl.1), 262, 1999
- 28) 石井均: 糖尿病, 池上直巳, 下妻晃二郎, 福原俊一, 他編集: 臨床のための QOL評価ハンドブック, 医学書院, 70–79, 東京
- 29) Schmitt A, Reimer A, Kulzer B, et al.: How to assess diabetes distress: comparison of the Problem Areas in Diabetes Scale (PAID) and the Diabetes Distress Scale (DDS), *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 33(6), 835–843, 2016. doi:10.1111/dme.12887 (10. 19. 2021)

研究報告

看護管理に関する教育を受けた看護師長が認識する 組織マネジメント実践

Organizational management practices recognized by nurse managers with specialized education in nursing management.

菰池 真麻*, 矢口 実夏*, 石川 倫子, 千田 明日香, 木田 亮平

Mao Komoike*, Mika Yaguchi*, Noriko Ishikawa
Asuka Senda, Ryohei Kida

石川県立看護大学

Ishikawa Prefectural Nursing University

キーワード

看護管理, マネジメント実践, 看護管理者, 管理者教育, 質的研究

Key words

nursing management, management practice, nurse manager, manager education, qualitative research

要 旨

本研究の目的は、看護管理に関する専門的教育学修後に部署の看護管理者が認識する組織マネジメント実践を明らかにすることである。2024年8月から9月にかけて、専門的教育を受けた5名の看護管理者に対して半構造化面接を行った。「自己の行動変容」「関係づくり」「教育・キャリア支援」「労務管理」「看護の質」「経営」「倫理」の7つのマネジメントの観点に対する組織マネジメント実践として、自己の行動変容が1カテゴリー、関係づくりが3カテゴリー、教育・キャリア支援が5カテゴリー、労務管理が1カテゴリー、看護の質が5カテゴリー、経営および倫理が2カテゴリーの計19カテゴリー、50サブカテゴリーが生成された。看護管理に関する専門的教育は、看護管理者の知識や理論を活用し、自己の視野や行動の幅を広げ、得た知識や理論を適用し様々な情報から総合的に判断し、看護の質向上に向けたより良いマネジメント実践に寄与することが示唆された。

連絡先 (Corresponding author) : 木田 亮平

石川県立看護大学

〒929-1210 石川県かほく市学園台1-1

* equal contribution

背景

看護サービスの多くは看護組織によって提供され、看護管理者は組織マネジメントにより看護サービスの質を高める存在であり、看護サービス管理の中核を担っている。部署の看護管理を担う看護師長は各部署において、質管理、教育、経営、労務管理、他部門や他部署との連携¹⁾といった多岐にわたる役割を担っており、看護管理に関する専門的な知識や能力が求められる。

本邦では、管理者の資質向上に向けた看護管理に関する専門的教育として、認定看護管理者教育機関におけるファーストレベル・セカンドレベル・サードレベルの3課程、および看護系大学院での看護管理学専攻課程が展開されている。認定看護管理者教育課程では、看護専門職として必要な管理や責務遂行のための知識・技術・態度を習得し、多様なヘルスケアニーズをもつ個人、家族、地域住民及び社会に対する質の高い組織的看護サービスを提供すること²⁾を目的とし、ヘルスケアシステムや組織管理、資源管理や質管理を学修する。看護系大学院では、管理者や実践者としてより専門性の高い知識や技術、能力等を学修し、課題解決思考等を修得する³⁾ことを目指し、同様の内容を学修する。こうした看護管理の専門実践家として必要な知識や理論を学修することは、看護管理者の実践能力を向上させることが期待される。

看護管理者に対する教育により、「人材開発」「目的志向性」「グループマネジメント」「成果志向性」の意識が高まること⁴⁾、財務知識習得により、経費削減や医業利益に繋げるために臨床現場の現状を踏まえ看護管理を実践すること⁵⁾、経営側や他部門との交渉、信頼関係確立等病院組織レベルに関わり、組織外での役割拡大に繋げることが可能となる⁶⁾こと、理論的思考や教育的役割、管理的役割に寄与すること⁷⁾、教育後の管理者自身の意識・行動の変化や、看護管理者の行動が看護スタッフの職務満足度に影響を及ぼすこと⁸⁾は明らかにされているが、これらの研究は看護部門を統括する看護部門責任者（看護部長）を対象としており、また看護管理者の具体的な組織マネジメント実践は記述されておらず、看護管理に関する専門的教育を受けた部署の看護管理者（看護師長）が具体的にどのような組織マネジメントを実践しているかについては明らかにされていない。

したがって本研究は、部署の看護管理者が、看護管理に関する専門的教育を受けた後に行っている組織マネジメント実践を明らかにすることを目的

とした。本研究により、部署の看護管理者に対する専門的教育の効果や、次世代の看護管理者教育プログラム改定等にもつなげることが期待される。

用語の定義

1. 組織マネジメント実践

本研究では、看護管理者が所属する部署の看護ケアを効果的・効率的に提供するために看護管理者が日常的に行っている財政的・物質的・人的資源や情報を管理・調整する行動と定義した。

研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 調査方法

1) 研究対象者

本研究の対象となる看護管理者は、①医療施設において一般病棟、集中治療室、手術室等患者へ看護ケアを提供する部署の看護管理者（看護師長相当）として勤務している看護師、②看護系大学院において看護管理学を専攻し修了、または認定看護管理者教育課程のファーストレベル・セカンドレベル・サードレベルのいずれかを受講し修了した看護師、③本研究に関する十分な説明を受け、本人の自由意志によって研究参加に同意した看護師とした。なお、①看護部や教育部門等日常的に看護ケアを提供しない部署に勤務する看護管理者、②看護管理者就任以前に教育課程を修了している者は除外基準として設定した。

上記の対象者に該当する者について、機縁法により看護部門責任者から推薦してもらい、研究参加について研究者から直接研究対象者に依頼した。

2) データ収集方法

2024年8月から9月にかけて、インタビューガイドを用いた約1時間の半構造化面接を実施した。なお、インタビューは質的研究を実施したことのある看護管理学研究者と共同研究者の2名で実施した。面接はすべて研究参加者が所属する施設の個室で行い、研究参加者に許可を得て面接内容をICレコーダーに録音した。

3) 調査内容

調査内容は大きく2つで、「看護管理に関する専門的教育を受けた後に行っている組織マネジメント実践」と「組織に生じた変化」を尋ねた。「看護管理に関する専門的教育を受けた後に行っている組織マネジメント実践」は、認定看護管理者教育課程における教育内容²⁾を参考に、看護管理学

を専門とする研究者間で協議し「知識から実践への応用」「データの活用」「人材育成・人材管理」「財務経営と部署運営」「他部門との関係構築」「新たな仕組みの導入（組織・システム変革）」「スタッフへの関わり方」についてそれぞれ尋ねた。「組織に生じた変化」については、スタッフ看護師の変化や医療安全、接遇を含む看護の質の変化等を尋ねた。

3. 分析方法

第一に、半構造化面接によって得られた録音データから逐語録を作成し、逐語録から参加者が変化したと感じる教育課程修了後の組織マネジメントに関する部分を抽出した。第二に、意味や内容が損なわれないよう、データとして分析処理しやすい長さの文、または文節・連文節に処理しコード化した。第三に、看護管理者の役割に応じたそれぞれの組織マネジメント実践について記述するため、先行研究¹⁾を参考に看護管理者の主な役割である「自己の行動変容」「関係づくり」「教育・キャリア支援」「労務管理」「看護の質」「経営」「倫理」の観点から演繹的にコードを分類した。第四に、第三で分類されたもの同士で類似した意味をもつコードを帰納的にまとめてサブカテゴリーを生成し、最後に各サブカテゴリーについて共通性がみられる内容を集約し、カテゴリーを生成した。

表1 研究参加者の特徴.

ID	勤務施設の規模	看護師経験年数(年)	性別	管理者経験年数(年)	受講課程	受講時期	面接時間(分)
A	600~700床	約30	女性	5	認定看護管理者教育課程(セカンドレベル)	管理者4年目	50
B	400~500床	34	女性	11	認定看護管理者教育課程(サードレベル)	管理者5年目	58
C	700床以上	22	男性	4	認定看護管理者教育課程(セカンドレベル)	管理者3年目	56
D	700床以上	22	男性	1	大学院修士課程(看護管理学分野)	管理者1年目	55
E	200~300床	25	女性	9	大学院修士課程(看護管理学分野)	管理者9年目	53

2. 分析結果(表2)

以下、演繹的に分類した7つの観点ごとに、専門的教育を受けた看護管理者が教育課程修了後に実践している組織マネジメントについて、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〈 〉、参加者

なお、教育課程修了後に行っている組織マネジメント実践による組織に生じた変化に関するデータは、組織マネジメント実践の内容を確認または補完するデータとして扱った。

データ並びに分析結果の真実性、厳格性は、看護管理学を専門とする共同研究者と検証を重ねた。

4. 倫理的配慮

インタビュー開始前に研究説明書を用い口頭にて研究の目的、方法、データの利用および管理方法、研究協力の自由意思と拒否権の保障、参加中止の自由および同意撤回機会の保障、個人情報とプライバシーの保護、匿名性の保障等について説明し、同意書への署名をもって同意を得た。本研究は石川県立看護大学倫理委員会の承認を得て実施した(看大第2024-20号)。

結 果

1. 研究参加者の特徴

研究対象となる6名へ研究協力を依頼し、5名が最終的に研究への参加に同意した。5名の参加者のうち、女性が3名、男性が2名だった。看護管理経験年数は1~11年だった。受講した教育課程は、認定看護管理者教育課程セカンドレベルが2名、同課程サードレベルが1名、看護系大学院修士課程が2名だった(表1)。

の語りの例を“斜体”で示す。

1) 自己の行動変容

教育課程受講後、看護管理者として【知識や理論を組織マネジメントプロセスに適用する】という自分自身の行動変容を経験していた。このカテ

表 2-1 専門的教育を受けた看護管理者が行っている組織マネジメント実践

マネジメントの 観点	カテゴリー	サブカテゴリー
自己の行動変容	知識や理論を組織マネジメントプロセスに適用する	<ul style="list-style-type: none"> ・経験に加え知識や理論をベースに組織マネジメント実践を行う ・知識や理論を使って組織マネジメント実践を振り返る
関係づくり	看護の代表として多職種チームづくりのため日常的にコミュニケーションをとる	<ul style="list-style-type: none"> ・日常的にチームづくりを意識してコミュニケーションをとる ・意識的に自身と多職種の会話にスタッフを巻き込む ・他部署の役割を理解して看護としての業務を検討する ・看護の視点を代表して多職種に論理的に伝える
	心理的安全性構築と組織の方向付けのために意図的にスタッフに関わる	<ul style="list-style-type: none"> ・方向を示したときスタッフが一つの方向を向けるよう日常的に関わる ・普段から意見を言いやすい雰囲気を意図的につくる ・スタッフひとりひとりの素質や内面に合わせて関わる
	スタッフのモチベーション維持・向上のためワーク・ライフ両面から関わる	<ul style="list-style-type: none"> ・モチベーション向上のため患者との関わりで良い点をすぐに伝える ・仕事と生活に折り合いをつけながら働くスタッフを労い配慮する
教育・ キャリア支援	理論や知識を活用しスタッフの個別性に応じた目標設定とキャリア支援を行う	<ul style="list-style-type: none"> ・理論や知識を活用しスタッフに合わせたキャリアを提示する ・看護師経験年数に応じて経験学習やキャリアの収斂を意図してキャリアを支援する
	看護の関わりを見て学べるようロールモデルを意図的に割り振る	<ul style="list-style-type: none"> ・看護の関わりを見て学べるようロールモデルとなるスタッフを意図的に割り振る
	価値観の多様性を育むためスタッフ同士で議論できる環境をつくる	<ul style="list-style-type: none"> ・価値観の多様性を育むため自身の発言力を自覚しあまり伝えすぎない
	スタッフがビジョンをもち行動できるよう理論を活用しながら指導する	<ul style="list-style-type: none"> ・理論を活用しスタッフが様々なことに気づける時間になるよう面接を行う ・スタッフが自分で考え行動できるよう師長自身が介入しすぎない ・スタッフが自分の考えやビジョンを持てるようそれらの言語化を促す
	副師長や主任の育成のため成長できる機会をつくる	<ul style="list-style-type: none"> ・副師長や主任の育成のためスタッフ教育の権限を委譲する ・副師長や主任の育成のため他病棟と取り組みを共有する場をつくる
労務管理	仕事と生活両方を重視した職場環境をつくる	<ul style="list-style-type: none"> ・希望に沿った休暇を付与しつつ平等になるよう勤務表を作成する ・スタッフが働き続けられる組織を目指し超過勤務削減のための業務改善を行う ・生活面の充実のためには仕事上の責任も重要であることを意識づける
看護の質管理	看護の質向上のためにスタッフ間で話し合う重要性を意識づける機会を設ける	<ul style="list-style-type: none"> ・看護観やそれぞれが持つ患者情報を交換するためにカンファレンスの重要性を意識づける ・カンファレンスを引っ張るコアメンバーを有効に使う ・看護につながる情報共有のため患者について語る機会を頻繁に設ける
	患者の経時的な声を聴き看護の質を評価する	<ul style="list-style-type: none"> ・看護の質向上のために患者の声を聴く仕組みをつくる ・看護の質向上のために継続して患者の声を聴く ・普段の関わりや患者の声から看護の質を評価する
	自部署の役割を地域医療の中に位置づけ看護の質を高める仕組みをつくる	<ul style="list-style-type: none"> ・新しい仕組みを導入する際みんなが納得できるよう話し合いの場を設ける ・変革理論を活用して新しい仕組みを導入する ・部署での看護の効果を実感できるよう地域に目を向ける機会をつくる ・部署での看護が患者の地域での生活の質につながっていることを意識づける

表 2-2 専門的教育を受けた看護管理者が行っている組織マネジメント実践.

マネジメントの 観点	カテゴリー	サブカテゴリー
看護の質管理	アウトカムを改善するため看護提供プロセスを重視したマネジメントを行う	<ul style="list-style-type: none"> ・アウトカム指標で表せられない看護の提供プロセスの質を記録物から評価する ・アウトカム指標だけではなくその数値が変化するに至ったプロセスを重視する ・実施した看護の記録や多職種の記録が看護提供プロセスの質に影響することを意識づける ・アウトカム指標を用いて病棟の現状を分析・評価する
	データ以外の情報から病棟の分析を行う	<ul style="list-style-type: none"> ・データ以外の情報を自分の目で能動的に取り病棟の現状を分析する ・スタッフや多職種から情報を聞き出し病棟の現状を分析する
経営管理	病院経営の重要性をスタッフと共有したうえで病床を管理する	<ul style="list-style-type: none"> ・経営指標として病院全体の在院日数や回転率等のデータを確認する ・病院経営と日々の業務の関係への理解のために現在の経営状態をスタッフと共有する ・常に病院経営を意識して病床を管理する
	コストカットのため物品やインフラの適正使用を進める環境を整える	<ul style="list-style-type: none"> ・光熱費の節約を病棟で意識づける ・物品の節約のため手技ごとに使用する物品を統一する ・不要な廃棄を抑えるため物品の適切な使用法を指導する
看護実践における看護倫理	出会ったときから退院するまで患者の倫理的問題を常に考えられる環境をつくる	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時から患者の倫理的問題を把握する仕組みをつくる ・倫理的問題が当たり前にならないよう定期的に検討する機会をつくる ・看護倫理に関する感性を高めるよう常に伝える
	スタッフの価値観を容認しつつ倫理原則に基づいた看護を常に考えるよう伝える	<ul style="list-style-type: none"> ・倫理的問題に対するスタッフの価値観を責めることなく容認する ・自律や善行をもとに看護を考えるよう常に伝える

ゴリーは〈経験に加え知識や理論をベースに組織マネジメント実践を行う〉という実践をしながら、さらに〈知識や理論を使って組織マネジメント実践を振り返る〉という2つのサブカテゴリーで構成された。

“大学院に行った後は、いろいろな現象を理論とか知識とかで全部考えることはさすがに難しいけど、スタッフの反応だったり次の戦略だったりを考えるときにそういったことを前提に考えるようになりました。自分のやっтерることを振り返るときにもそういう思考で出来るように少しはなったかな、と” (E氏)

2) 関係づくり

参加者は主に多職種との関係づくりと部署内のスタッフとの関係づくりを実践しており、【看護の代表として多職種チームづくりのため日常的にコミュニケーションをとる】【心理的安全性構築と組織の方向付けのために意図的にスタッフに関わる】【スタッフのモチベーション維持・向上のためワーク・ライフ両面から関わる】の3つのカテゴリーが生成された。

参加者は〈日常的にチームづくりを意識してコミュニケーションをとる〉等日ごろから多職種との関係構築に努め、〈他部署の役割を理解して看護としての業務を検討する〉ことをしつつも〈看護の視点を代表して多職種に論理的に伝える〉こと、【看護の代表として多職種チームづくりのため日常的にコミュニケーションをとる】実践を行っていた。また、〈普段から意見を言いやすい雰囲気をつくる〉こと、〈スタッフひとりひとりの素質や内面に合わせて関わる〉ことをしながら〈方向を示したときスタッフが一つの方向を向けるよう日常的に関わる〉ことを通して【心理的安全性構築と組織の方向付けのために意図的にスタッフに関わる】ことを意識していた。さらに、【スタッフのモチベーション維持・向上のためワーク・ライフ両面から関わる】ことで関係づくりを行っていた。

“先生たちはどうしても念のためで（点滴等のチューブ類を）入れて置いたりするんですが、そこは看護的に必要性を検討してほしいんです。そこは日頃根回しではありませんが、先生方には重々

看護の立場をわかってもらうように言ってます。

(中略) そういうことを言うためには日頃どれだけ関係をつくっておくかじゃないかと思ってやっています。”(D氏)

3) 教育・キャリア支援

スタッフへの教育やキャリア支援に関する組織マネジメント実践では、【理論や知識を活用しスタッフの個性に応じた目標設定とキャリア支援を行う】【看護の関わりを見て学べるようロールモデルを意図的に割り振る】【価値観の多様性を育むためスタッフ同士で議論できる環境をつくる】

【スタッフがビジョンをもち行動できるよう理論を活用しながら指導する】【副師長や主任の育成のため成長できる機会をつくる】という5つのカテゴリが生成された。

参加者は、受講によって得られた【理論や知識を活用しスタッフの個性に応じた目標設定とキャリア支援を行う】実践の中で、〈理論や知識を活用しスタッフに合わせたキャリアを提示すること、〈看護師経験年数に応じて経験学習やキャリアの収斂を意図してキャリアを支援する〉ことを意識しスタッフに関わっていた。また、〈理論を活用しスタッフが様々なことに気づける時間になるよう面接を行う〉ことや〈スタッフが自分で考え行動できるよう師長自身が介入しすぎない〉こと等を意識し、〈スタッフが自分の考えやビジョンを持てるようそれらの言語化を促す〉ことで【スタッフがビジョンをもち行動できるよう理論を活用しながら指導する】実践を行っていた。

また、【看護の関わりを見て学べるようロールモデルを意図的に割り振る】ことや、スタッフだけでなく【副師長や主任の育成のため成長できる機会をつくる】ことで、スタッフやほかの管理職が成長できる環境づくりも行っていた。

“(認定看護管理者教育課程を) 受けることによって、知識とか理論とかの部分でスタッフを見ることができるようになったかな、と。前は「嫌われたくない」というところがあったんですけど。

(中略) そういう感じで見えてくると、それぞれに合わせてどんな感じでキャリアアップできるのか、とかが自然と見えてくる。そういうもの(知識や理論)を活かして具体的にキャリアの支援ができるようになったかな。”(A氏)

4) 労務管理

労務管理に関する組織マネジメント実践として、【仕事と生活両方を重視した職場環境をつくる】という1つのカテゴリが生成された。このカテ

ゴリーは、〈希望に沿った休暇を付与しつつ平等になるよう勤務表を作成する〉〈スタッフが働き続けられる組織を目指し超過勤務削減のための業務改善を行う〉〈生活面の充実のためには仕事上の責任も重要であることを意識づける〉という3つのサブカテゴリで構成された。

“(受講して) 得た中に、やはり働きやすく皆が働き続けられる施設にするにはどうすれば良いかということをとっても考えました。(中略) ただ、ライフ・ワーク・バランスではないということはずっと言い続けています。スタッフにも、仕事があるからこそ生活だよ、と言います。だから皆の生活を大切にするために、仕事も大切にしようねって言い続けてます。仕事があって、きちんと仕事してお金もらってるからこそ生活が成り立つよね、って。”(B氏)

5) 看護の質管理

看護の質を高めるマネジメント実践では、【看護の質向上のためにスタッフ間で話し合う重要性を意識づける機会を設ける】【患者の経時的な声を聴き看護の質を評価する】【自部署の役割を地域医療の中に位置づけ看護の質を高める仕組みをつくる】【アウトカムを改善するため看護提供プロセスを重視したマネジメントを行う】【データ以外の情報から病棟の分析を行う】の5つのカテゴリが生成された。

参加者は、〈看護観やそれぞれが持つ患者情報を交換するためにカンファレンスの重要性を意識づける〉とともに、〈看護につながる情報共有のため患者について語る機会を頻繁に設ける〉等、【看護の質向上のためにスタッフ間で話し合う重要性を意識づける機会を設ける】ことを行っていた。

また、参加者は看護の質における患者の意見を重視しており、〈看護の質向上のために患者の声を聴く仕組みをつくる〉こと、〈看護の質向上のために継続して患者の声を聴く〉こと、さらに〈普段の関わりや患者の声から看護の質を評価する〉ことで【患者の経時的な声を聴き看護の質を評価する】という実践を行っていた。加えて参加者は、看護の質管理において〈アウトカム指標を用いて病棟の現状を分析・評価する〉ことによりアウトカム指標の重要性を認識していたが、〈アウトカム指標だけではなくその数値が変化するに至ったプロセスを重視する〉等、【アウトカムを改善するため看護提供プロセスを重視したマネジメントを行う】ということ意識しながら組織マネジメ

ント実践をしていた。

そのほか、〈部署での看護の効果を実感できるような地域に目を向ける機会をつくる〉ため、〈変革理論を活用して新しい仕組みを導入する〉こと、〈部署での看護が患者の地域での生活の質につながっていることを意識づける〉よう【自部署の役割を地域医療の中に位置づけ看護の質を高める仕組みをつくる】という組織づくりを行っていた。

“アウトカム評価というよりは、どちらかというとプロセス評価に近いでしょうか。その結果がアウトカムになっています。そこまで（アウトカム指標に）強いこだわりがあるかというのと、1個の指標でしかないの、それよりも皆がそこに向かって日々やっているかということ、そのプロセスを重視しています。（中略）結局、プロセスに満足すれば、若干思ったアウトカムではなくても満足してもらえるのが看護だと思います。ですので、どれだけその中のプロセスを充実させるか、でしょうか。”（C氏）

6) 経営管理

経営管理に関するマネジメント実践として、【病院経営の重要性をスタッフと共有したうえで病床を管理する】【コストカットのため物品やインフラの適正使用を進める環境を整える】の2つのカテゴリーが生成された。

参加者は、〈経営指標として病院全体の在院日数や回転率等のデータを確認する〉こと、病院経営の課題に全員で臨めるよう〈病院経営と日々の業務の関係への理解のために現在の経営状態をスタッフと共有する〉こと、〈常に病院経営を意識して病床を管理する〉ことで【病院経営の重要性をスタッフと共有したうえで病床を管理する】ことを実践していた。

“病院の経営の現状はもちろん（スタッフに）言います。職員の処遇にも直結してくる話なので、病院の収支はどういう感じで、それは入院患者がこれだけしかいなかったし、例えばある月の平均在院日数はこれだけあったということは、これだけ報酬があったということでこの収支なのです。「だから入院を頑張って受けようね」と言ったり、「自分たちのボーナスのために頑張るんだよ」という話はします”（E氏）

また、〈光熱費の節約を病棟で意識づける〉、〈物品の節約のため手技ごとに使用する物品を統一する〉ことで【コストカットのため物品やインフラの適正使用を進める環境を整える】ことを行っていた。

7) 看護実践における看護倫理

看護実践における看護倫理では、【出会ったときから退院するまで患者の倫理的問題を常に考えられる環境をつくる】【スタッフの価値観を容認しつつ倫理原則に基づいた看護を常に考えるよう伝える】という2つのカテゴリーが生成された。

参加者は、スタッフには倫理的問題を常に考えられるようになってほしいという思いがあり、〈入院時から患者の倫理的問題を把握する仕組みをつくる〉こと、身体抑制等〈倫理的問題が当たり前にならないよう定期的に検討する機会をつくる〉行動をとっていた。また、長期入院で患者と看護師の関係が曖昧になり患者への言葉遣いが変化する等〈看護倫理に関する感性を高めるよう常に伝える〉ことで、【出会ったときから退院するまで患者の倫理的問題を常に考えられる環境をつくる】ということを目指していた。一方で、〈倫理的問題に対するスタッフの価値観を責めることなく容認する〉態度を示しつつ、事故への過度な不安を避け〈自律や善行をもとに看護を考えるよう常に伝える〉ことで、【スタッフの価値観を容認しつつ倫理原則に基づいた看護を常に考えるよう伝える】ことを意識していた。

“（患者が）転ぶ、転ばない、転んだから悪いという目線だけだとやっぱり（身体）抑制はずっと続く。それって患者のためなのかな？って考えてほしい。看護は転ばせないためにするんじゃない、安全に降りられる、動けるような環境を整えるのが看護かな、と。転んでほしくない気持ちはわかるし否定したくないけど、でも目指すのはもっと先だよ、って考えられるようにいつも言ってます。”（B氏）

考 察

本研究は、認定看護管理者教育課程や看護系大学院での学修といった看護管理に関する専門的教育を受けた看護管理者が、教育課程修了後に行っている組織マネジメント実践について、7つのマネジメントの観点に対し、行動レベルの実践として19カテゴリーが明らかにされた。分析に際し、先行研究¹⁾を参考に7つのマネジメントの観点で実践内容を演繹的に分類したが、他の先行研究でも看護師長の役割として同様の観点が挙げられており⁹⁾¹⁰⁾、組織マネジメント実践を網羅的かつ具体的に分析できたと考えられる。

研究参加者は、専門的教育を受けた後で行っている組織マネジメント実践として、受講で得られ

た知識を〈経験に加え知識や理論をベースに組織マネジメント実践を行う〉ことを実践し、さらに〈知識や理論を使って組織マネジメント実践を振り返る〉等、【知識や理論を組織マネジメントプロセスに適用する】マネジメントを実践していた。Hamricらは高度実践看護師の特徴として、実践の根拠としてのエビデンスの活用や内省的実践を挙げている¹¹⁾。専門的教育を受けた管理者もまた、看護管理の高度実践看護師として、知識や理論の活用やそれらを通じた内省的実践を行っていると考えられる。

部署内外の関係性づくりとして、日常的なコミュニケーションをとりながら心理的安全性の構築やスタッフの方向付け、モチベーション維持・向上等を意図して関わっていた。看護師長の日頃からの雰囲気づくりや個々に合わせた対応、ポジティブで即時的なフィードバックはスタッフの心理的安全性を促進する⁸⁾¹²⁾¹³⁾ことに寄与していると考えられる。そうした関係性の中で参加者は、【理論や知識を活用しスタッフの個別性に応じた目標設定とキャリア支援を行う】ことで、スタッフへの教育・キャリア支援においても理論や知識を活用するとともに、管理者自身が介入しすぎずスタッフ自身の自律を尊重し、スタッフが内省する機会を設け、スタッフ自身が目標を持ちながら主体的に行動できるようサポートしていた。また、スタッフが目標を持てるように意図的にロールモデルを活用していた。ロールモデルの存在はキャリアビジョン形成に重要であり¹⁴⁻¹⁶⁾、参加者はキャリアビジョン形成のため、意識的にロールモデルを用いて目標とする看護師像をスタッフが持てるよう支援していたと考えられる。参加者は、教育課程での人的資源管理等のなかでキャリア開発理論や教育理論等を学修し、それらを自身のマネジメント実践に適用させており、教育課程での専門的教育により理論に裏付けられたキャリア支援を実践しているものと考えられる。

参加者はスタッフの労務管理において、【仕事と生活両方を重視した職場環境をつくる】ため、希望に沿った平等な勤務表作成や超過勤務削減のための業務改善だけでなく、〈生活面の充実のためには仕事上の責任も重要であることを意識づける〉実践を行っていた。仕事と生活のバランスはスタッフが満足感を得るために必要な要素である¹⁶⁻¹⁸⁾が、生活面だけでなく仕事面の役割充実もバーンアウトやワークエンゲイジメントといった職務心理状態に影響する¹⁹⁾²⁰⁾ことから、参加者は仕事の

責務と私生活の充実両方を重視し、長期にわたりスタッフが看護職を続けられるための環境づくりを意図し、平等と公平性を考慮しながら労務管理を行っていた。こうした勤務環境の改善はスタッフの満足感に繋がり、就業継続意欲を高め、組織が持続的に看護提供できることを見据えて組織をマネジメントしていたと考えられる。

看護の質管理に関するカテゴリーは7つの観点のうち最も多く抽出された。認定看護管理者を対象とした研究では、「看護の質」をマネジメント実践の中心としており²¹⁾、本研究の参加者もまた、その実践の中で看護の質管理を最も重視していることが窺えた。参加者は【看護の質向上のためにスタッフ間で話し合う重要性を意識づける機会を設ける】ことで、参加者の所属組織でも日常的なコミュニケーションや連携が安全文化の醸成に寄与している²²⁾²³⁾ことが示唆された。また、アウトカム指標だけで看護の質を評価せず、実際に【患者の経時的な声を聴き看護の質を評価する】、【データ以外の情報から病棟の分析を行う】ことで、多角的な情報から現状を分析するとともに、地域医療を見据えて変革理論を用いて【自部署の役割を地域医療の中に位置づけ看護の質を高める仕組みをつくる】という組織づくりを行っていた。認定看護管理者資格を取得した管理者は、地域連携推進といった施設外を見据えた管理を行っているという報告²¹⁾にあるように、専門的教育を受けた看護管理者は幅広い視野を持ちながら看護の質を管理していることが示唆された。加えて、参加者は【アウトカムを改善するため看護提供プロセスを重視したマネジメントを行う】ことを意識し実践していた。看護管理者にとって、プロセス評価は組織が長期に成果をあげるために大切²⁴⁾であり、参加者は数値で示されるアウトカム指標だけではなく、看護提供プロセスや患者の声を大切にし、看護のプロセスや患者の声を評価するために実践していた。看護管理学における看護の質管理は、ドナベディアン²⁵⁾の医療の質評価モデルだけでなく、サービスマネジメントや品質管理、その評価方法等看護組織としての質管理を理論的に学修する¹⁾²⁵⁾。参加者は、専門的教育の中でこうした理論を体系的に学習し、実践の場に適用することで、円滑な組織マネジメントに繋げていたことが考えられる。

経営面での役割遂行のため、【病院経営の重要性をスタッフと共有したうえで病床を管理する】行動をしていた。先行研究では、看護師長の役割

や実践として「病床管理」に言及されているものはある⁹⁾¹⁰⁾が、経営状況をスタッフと共有することに言及している研究はほとんどない。組織をある方向に導くためには、問題や危機感を共有することが重要²⁶⁾²⁷⁾であり、経営情報の開示と共有はスタッフが同じ方向に向くことに寄与している可能性がある。

部署の倫理面での課題に対し、参加者は常に倫理的問題に関心を向け倫理原則に基づき考えるよう促しつつ、自らの価値観をスタッフに押し付けるのではなく、倫理的問題を把握しやすい仕組みや話し合う場を設け、スタッフが倫理的感性を磨けるような環境づくりを重視していた。これらの倫理に関するマネジメントは、倫理について語り、事例検討を行う機会を増やすことによる倫理的感受性の豊かなスタッフの育成に繋がる²⁸⁾²⁹⁾ことに共通していた。

参加者は、組織マネジメント実践のさまざまな場面や時期において、自身のこれまでのマネジメント実践で培った経験に加え、専門的教育によって得られた知識や理論的枠組みを活用しながら、それぞれの組織に最適な組織マネジメント実践を展開していた。成人期の学習は、自身の経験を振り返り次の実践へと活かす「経験から学ぶ」ことが重要³⁰⁾であり、部署の看護管理者が効果的で持続的な看護組織マネジメントを行うためには、日々のマネジメント実践での経験を振り返り、実践の裏付けとなる看護管理の専門的知識や理論的枠組みを学修することが有効である可能性が示唆された。

研究の限界

本研究は、いくつかの限界を有している。第一に、研究参加者は5名であり、比較的規模の大きい病院に勤務する看護管理者の結果であり、異なる規模の病院に勤務する看護管理者は違った組織マネジメント実践を行っている可能性がある。また、専門的教育受講前の研修や自己研鑽等が結果に影響した可能性がある。第二に、インタビューでは研究参加者自身が認識する「看護管理に関する専門的教育を受けた後に行っている組織マネジメント実践」を尋ねているが、語られた内容が教育を受けたことで変化した実践なのかどうかを厳密に弁別することはできない。第三に、補完的に「実際に組織に生じた変化」のデータを確認しながら分析を進めたが、この点についても研究参加者自身の認識であるため、実際の変化は不明である。

結 論

本研究では、質的記述的研究を用いて、看護管理学に関する専門的教育を受けた看護管理者が行う組織マネジメント実践の実態を明らかにした。看護管理学に関する専門的教育を受けることで、知識や理論を組織マネジメントプロセスに適用し、看護管理者として意図的な関わりや主体的なビジョンを持てるようなキャリア支援、看護の質向上のための多角的な情報の統合や組織変革を行っていた。

付記：本論文は、2024年度石川県立看護大学に提出した卒業論文に加筆・修正を加えたものである。

利益相反

本研究における利益相反はない。

本研究はJSPS科研費JP 22K17419（研究代表者：木田亮平）の助成を受けた。

謝 辞

本研究にご協力いただきました看護管理者の皆様には感謝申し上げます。また、日頃より研究・教育活動を支えてくださるすべての方々、そして令和6年能登半島地震から復興を目指す石川県の保健医療従事者の皆様にこの場を借りて深く御礼申し上げます。

文 献

- 1) 平田明美：認定看護管理者教育課程ファーストレベル受講生の管理者役割に関する認識，横浜看護学雑誌，6(1)，35-40，2013
- 2) 公益社団法人日本看護協会：認定看護管理者カリキュラム基準 [オンライン，https://www.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2018/03/cna_curriculum2018_main.pdf]，日本看護協会ホームページ（11.10.2024）
- 3) 真田弘美：少子超高齢化社会に向けての看護の人材育成，公益社団法人日本看護協会編，平成27年版看護白書，日本看護協会出版会，2-10，東京
- 4) 元吉ひとみ，高橋永子：看護部長のリーダーシップに影響を及ぼしている要因—中小規模病院の看護部長に焦点をあてて—，日本看護学会論文集 看護管理，43，447-450，2013
- 5) 溝口幸枝，青山ヒフミ：財務知識を習得した看護管理者の経営参画の実際，大阪府立大学看

- 護学部紀要, 21(1), 41-48, 2015
- 6) 柴田秀子, 井部俊子, 小山田恭子: 看護管理における継続教育と看護管理者に求められる能力-日本看護協会認定看護管理者教育課程サードレベルを修了した看護部長の認識-, 日本看護管理学会誌, 7(1), 5-16, 2003
 - 7) 流郷千幸, 木村知子, 原田小夜, 他: 看護職の大学院進学に関する看護管理者の認識-滋賀県内の看護管理者を対象として-, 聖泉看護学研究, 3, 39-45, 2014
 - 8) 尾崎フサ子: 看護職員の職務満足に与える看護師長の承認行為の影響, 新潟医学会雑誌, 117(3), 155-163, 2003
 - 9) 平田明美, 戸梶亜紀彦: 病棟看護師長の役割認識に関する研究, 日本医療・病院管理学会誌, 50(4), 275-284, 2013
 - 10) 井上仁美: 看護中間管理者のコンピテンシー, 高知女子大学看護学会誌, 40(1), 109-116, 2014
 - 11) Hamric AB, Hanson CM, Tranct MF, et al.: Part1 Historical and development aspects of advanced practice nursing, Advanced practice nursing - An integrative approach (5th edition). Elsevier, 67-85, Missouri.
 - 12) 佐々木美樹, 湯本淑江, 森岡典子, 他: 看護師長のリーダーシップとスタッフ看護師のエンパワーメントの関係: 文献検討, 日本医療・病院管理学会誌, 55(3), 133-142, 2018
 - 13) 遠藤洋次, 木村安貴, 古賀雄二, 他: COVID-19流行下の教育支援体制を見直すきっかけとなった新人看護師の様相とそれに対して講じられた教育支援策-看護管理者を対象とした質的研究-, 日本看護科学会誌, 43, 654-665, 2023
 - 14) 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
 - 15) 森山嘉子, 上田伊佐子, 森田敏子: 小児科病棟の看護師が求める一人前看護師から中堅看護師への成長支援, 徳島文理大学研究紀要, 97, 11-24, 2019
 - 16) 本島茉那美, 富樫千秋, 土井徹, 他: 既婚女性看護師のワーク・ライフ・バランスの満足感とその関連要因, 日本健康医学会雑誌, 26(1), 7-16, 2017
 - 17) 富所順子, 高橋陽子, 前田陽子, 他: 管理職の行動変容が看護師の職務満足度に及ぼす影響, 日本看護学会論文集 看護管理, 36, 122-123, 2006
 - 18) 杉田あけみ: ワークライフ・バランス(WLB)の実態とその満足度との関係, 昭和女子大学女性文化研究所紀要, 36, 67-79, 2009
 - 19) Kida R, Fujinami K, Yumoto Y, et al.: The association between burnout and multiple roles at work and in the family among female Japanese nurses: a cross-sectional study, Industrial Health, 61(3), 195-202, 2023
 - 20) Okada N, Yabase K, Kobayashi T, et al.: Do multiple personal roles promote working energetically in female nurses? A cross-sectional study of relevant factors promoting work engagement in female nurses, Environmental Health and Preventive Medicine, 24(1), 56, 2019
 - 21) 南谷志野, 三枝克磨, 原田博子, 他: 認定看護管理者の病院における看護管理実践の実態-認定更新審査時の看護管理実践報告書の内容分析-, 日本看護管理学会誌, 27(1), 218-226, 2023
 - 22) Kida R, Fujitani K, Matsushita H. Impact of Collaborative Leadership, Workplace Social Capital, and Interprofessional Collaboration Practice on Patient Safety Climate, The Journal for Healthcare Quality (JHQ), 46(5), 268-275, 2024, doi:10.1097/JHQ.0000000000000443
 - 23) Kida R, Suzuki R, Fujitani K, et al.: Interprofessional Team Collaboration as a Mediator Between Workplace Social Capital and Patient Safety Climate: A Cross-Sectional Study, Quality Management in Health care, 33(1), 12-17, 2024, doi:10.1097/QMH.0000000000000421
 - 24) 武村雪絵: 「人を活かす」制度の考え方: 人事考課の基本と師長の役割, 看護管理, 22(2), 94-98, 2012
 - 25) 内布敦子: 第3章 看護サービスの質保証と評価・改善, 秋山智弥, 看護管理学修テキスト第2巻 看護サービスの質管理2023年版(第3版), 日本看護協会出版会, 81-102, 東京
 - 26) Kotter JP: Leading Change: Why Transformation Efforts fail. Harvard Business Review. 73(2), 1995, 59-67, 1995
 - 27) クルト・レヴィン: 第9章 集団力学の開拓線, 猪股佐登留訳, 社会的葛藤の解決と社会科学における場の理論II 社会科学における場の理論(第

- 2版), ちとせプレス, 200-235, 東京
- 28) 飛世照枝, 坂井桂子: 倫理カンファレンスに対する看護師の意識, 日本看護倫理学会誌, 4(1), 15-21, 2012
- 29) 脇丸夕佳, 八代利香: 倫理カンファレンスにおける看護師のファシリテーションスキル, 日本看護倫理学会誌, 11(1), 40-49, 2019
- 30) Kolb AY & Kolb DA: Experiential learning theory: A dynamic, holistic approach to management learning, education and development, Armstrong SJ & Fukami CV, The SAGE Handbook of management learning, SAGE publications Ltd, 42-68, London.

研究報告

A市における高齢女性のフレイルの実態調査

Prevalence and Characteristics of Frailty among Community-Dwelling Older Women in Japan's Noto Region

山路 朋子¹⁾, 中 ひとみ²⁾, 一瀬 千尋³⁾, 畠山 千春⁴⁾,
日高 未希恵⁵⁾, 牛村 春奈¹⁾, 室野 奈緒子¹⁾, 桜井 志保美¹⁾

Tomoko Yamaji¹⁾, Hitomi Naka²⁾, Chihiro Hitose³⁾, Chiharu Hatakeyama⁴⁾
Mikie Hidaka⁵⁾, Haruna Ushimura¹⁾, Naoko Muro¹⁾, Shihomi Sakurai¹⁾

¹⁾ 石川県立看護大学, ²⁾ 地域医療機能推進機構金沢病院, ³⁾ 石川県立中央病院
⁴⁾ 社会福祉法人 弘和会, ⁵⁾ 東京医科大学医学部看護学科

¹⁾ Ishikawa Prefectural Nursing University, ²⁾ Japan Community Health care Organization Kanazawa
Hospital, ³⁾ Ishikawa Prefectural Central Hospital, ⁴⁾ Social welfare corporation Kouwakai
⁵⁾ Tokyo Medical University School of Nursing

キーワード

地域在住高齢者, フレイル, 実態調査, 地域特性

Key words

older people living in the community, frailty, cross-sectional study, regional characteristics

要 旨

本研究は、A市在住高齢者のフレイルの実態を明らかにすることを目的とした。令和5年7月から8月に、A市の体組成移動測定会に参加した65歳以上の女性を研究対象者とした。質問紙調査と身体計測からデータを収集した。フレイル判定は基本チェックリストを使用し、介護予防・生活支援サービス事業対象者の該当基準を下位尺度として各項目のリスク判定に用いた。対象者67名を、フレイル群と非フレイル群に分けて統計学的に分析した。フレイル群と非フレイル群の身体計測値の間に有意差は認めなかった。フレイル群は非フレイル群に比べ、基本チェックリストの下位尺度の、運動機能低下のリスク、口腔機能低下のリスク、認知機能低下のリスク、およびうつ状態のリスクに該当する者の割合が有意に多かった。A市高齢女性のフレイルの予防は、身体機能の維持や増進だけでなく、うつ病や認知機能低下の予防に関する取り組みも重要であることが示唆された。

連絡先：山路 朋子
石川県立看護大学
〒929-1210 石川県かほく市学園台1-1

はじめに

現在、我が国では急速に高齢化が進展している。令和4年版の高齢社会白書¹⁾では、65歳以上の者の要介護者数は増加しており、75歳以上になると要介護認定を受ける者の割合が、上昇していることが示されている。また、令和6年度の介護保険の改定²⁾では、高齢化の急速な進展や、要介護者数の増加に伴い、自立支援や重度化防止に向けた対応が重要視されている。高齢化に伴う要介護者数の増加は社会的な課題であり、要介護状態の予防が推進されている。

要介護状態の予防については、「フレイル」という概念が着目されている。日本老年医学会のステートメント³⁾では、「虚弱」はフレイルと呼ばれ、高齢期に生理的予備機能が低下することで、ストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態であり、身体的問題だけではなく、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、独居や経済的困窮などの社会的問題を含む概念と定義された。そして、フレイルはしかるべき介入により再び健全な状態に戻るため、フレイルに陥った高齢者を早期に発見し、適切な介入により、生活機能の維持・向上を図る必要がある。急速に高齢化が進む現代において、要介護状態となることを予防するために、フレイルの人を早期に発見し対応することや、フレイルとなることを予防することが重要である。

A市は石川県能登半島に位置し、森林面積は市域の73%を占め⁴⁾、山間部の多い地域である。また、A市の高齢化率は51.1%⁵⁾であり高齢化が進展している地域である。フレイルの評価法の一つである基本チェックリストを使用した地域高齢者の実態調査では、中山間地域のフレイル該当者は22.9%、市近郊地域ではフレイル該当者は5.4%と報告されている⁶⁾。このように、フレイルの実態は地域により異なっており、高齢者の要介護割合を減少させるには、地域におけるフレイルの実態を把握し、地域に応じた対策を講じることが重要である。

フレイルの予防に重要な要素として、社会参加や社会ネットワークがある⁷⁾。A市の集落では、暮らしの中でお互いの力を貸し合う「結」と呼ばれる関係が昔からあり、地域住民同士のつながりが強いとされる地域である⁸⁾。しかし、新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）の緊急事態宣言や外出自粛等の対策により、A市でも地域住民の交流や集まりが減少したことが推察できる。

また、令和2年以降、A市の位置する能登地方

および能登半島沖では、群発地震が続いている。自然災害による生活環境の変化やストレスが高齢者の健康へ影響していることが危惧される。

本研究では、A市における高齢者のフレイルの実態やその特徴を明らかにすることを目的とし、社会的背景や地域特性の影響を検討する。

研究方法

1. 研究デザイン

実態調査研究

2. 研究対象者

研究対象者は、A市が令和5年7月～8月に実施した体組成移動測定会に参加した65歳以上の女性とした。A市内10か所の公民館に募集ポスターを掲示し、65歳以上の高齢者全般に募集を行った。約8割が女性の参加者であり、フレイルの性別による影響を除去するため⁹⁾本研究では、分析対象を女性に限定した。

3. データ収集方法

A市の全ての地区で行われた体組成移動測定会で、無記名の自記式質問紙調査と身体計測を実施し、データを収集した。

4. 調査項目

1) 質問紙調査

(1) 基本情報

性別、年齢、同居家族の有無、基礎疾患、就業状況、活動状況などについて収集した。

(2) 基本チェックリスト

本研究では、厚生労働省が作成した基本チェックリストをフレイルの評価指標として使用した(表1)。基本チェックリストは日常生活で必要となる機能の確認のための質問票であり¹⁰⁾、要介護状態となるリスクを予測することを目的に作成された。質問は25項目から構成され、No.1～5は手段的日常生活活動、No.6～10は運動機能、No.11と12は栄養、No.13～15は口腔機能、No.16と17は閉じこもり、No.18～20は認知機能、No.21～25はうつを評価する項目となっている¹¹⁾。基本チェックリストはフレイルの評価指標として妥当性が検証されている¹²⁾。また、本研究では、介護予防・生活支援サービス事業対象者¹¹⁾(以下、事業対象者)の該当基準を、生活機能全般の低下のリスク、運動機能低下のリスク、低栄養状態のリスク、口腔機能低下のリスク、閉じこもりのリスク、認知機能低下のリスク、およびうつ状態のリスクの、7つの下位尺度として扱い、それぞれのリスクに関しても評価した。

表1 基本チェックリストと事業対象者に該当する基準

No	質問項目	回答	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分間位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長(cm)、体重(kg) (*BMIが18.5kg/m ² 未満なら該当) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)	1.はい	0.いいえ
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ
事業対象者に該当する基準			
①No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当		複数の項目に支障	
②No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当		運動機能の低下	
③No.11～12の2項目のすべてに該当		低栄養状態	
④No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当		口腔機能の低下	
⑤No.16～17の2項目のうちNo.16に該当		閉じこもり	
⑥No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当		認知機能の低下	
⑦No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当		うつ状態の可能性	

(3) 8-item Short-Form Health Survey : SF-8 (以下、SF-8)

SF-8¹³⁾¹⁴⁾はThe Medical Outcome Study 36-Item Short-Form Health Survey (以下、SF-36)の短縮版であり、健康関連QOLを測定する包括的尺度である。8つの下位尺度①身体機能、②日常役割機能(身体)、③体の痛み、④全体的健康感、⑤活力、⑥社会生活機能、⑦日常役割機能(精神)、⑧心の健康から成る。8つの下位尺度はそれぞれ1項目で測定し、各項目の回答で選択したカテゴリごとにSF-36の得点が割り振られる。8つの下位尺度をもとに、2つのサマリースコア。「身体的サマリースコア: Physical Component Summary (以下、PCS)」と「精神的サマリースコア: Mental Component Summary (以下、MCS)」を算出することができる。スコアが高いほど健康関連QOLが高いことを示す。使用に際しては登録申請し用いた。

2) 身体計測

(1) 体組成

A市の体組成移動測定会で、マルチ周波数体組成計MC780(株式会社タニタ)を用いて測定したデータを使用した。測定はA市の職員が実施した。体組成測定時の身長は、対象者が測定時に申告した自己申告によるものを用いた。体脂肪率、Body Mass Index (以下、BMI)、左右腕筋肉量、左右脚筋肉量を分析に用いた。

(2) 握力

握力計(竹井機器工業株式会社)を使用し、サルコペニア診療ガイドライン¹⁵⁾を参考に測定し、左右で2回ずつ測定した値の最大値を採用し、分析に用いた。

(3) 立ち上がりテスト

立ち上がりテスト用ボックスの40 cmの高さの物(日本シグマックス株式会社)を用いて、5回の立ち上がり動作完了までの時間を計測した。

5. 分析方法

各調査項目において記述統計量を算出した。

体組成計測値である、左右腕筋肉量、左右脚筋肉量から四肢の筋肉量を算出し、身長²で割った骨格筋指数: Skeletal Muscle Index (以下、SMI)を算出した。

本研究は、Satake¹²⁾の基準を参考とし、基本チェックリストの合計点数25点満点のうち、8点以上をフレイル群、8点未満を非フレイル群とした。

対象者をフレイル群と非フレイル群の2群に分

け、基本チェックリストの下位尺度、身体計測値、SF-8の分析を行った。基本チェックリストの下位尺度は χ^2 乗検定もしくはフィッシャーの正確確率検定を実施した。SF-8、BMI、SMI、握力はt検定を実施した。立ち上がりテストはAsian Working Group for Sarcopenia 2019: AWGS 2019¹⁶⁾の指標を用いて、12秒以上と12秒未満で人数を算出し χ^2 乗検定を実施した。統計解析はIBM SPSS Statisticsバージョン29.0.1を使用した。有意水準は5%未満とした。

倫理的配慮

体組成移動測定会の場所に、予め調査の案内や説明書、同意書を設置し、調査日に改めて文書と口頭で説明し同意を得た。質問紙は無記名の自記式質問紙、身体計測値のデータ記入用紙は全て個人IDで管理し、個人が特定されないようにした。本研究は研究者の所属施設の倫理委員会の承認(2023-163号, 235号)を得て実施した。

安全への配慮として、各項目の測定担当者は転倒に注意しながら実施し、ふらつきを認めた場合は測定を中止した。立ち上がりテストは、測定場所に滑り止めマットを敷き転倒防止策を講じた。握力測定は障害や疼痛等で握ることの不自由さを訴えた場合は、障害や疼痛のない側で測定を実施する配慮を行った。調査時期が夏季であるため、500mlの水を配布し、各測定場所等に椅子を置き、適宜休息が取れるようにした。

結 果

1. 対象者の基本属性

本研究の対象者は89人であった。そのうち、身体計測値、基本チェックリスト、およびSF-8の回答に欠損があった者を除外した67人を分析対象者とした。対象者の基本属性については表2に示す。平均年齢は77.8 \pm 5.8歳、前期高齢者は22人(32.8%)、後期高齢者は45人(67.2%)であった。単独世帯は42人(64.6%)、就業している者は11人(16.4%)であった。運動頻度は、週に1回以上57人(86.4%)、週3回以上が27人(40.9%)であった。運動の内容は、散歩33人(53.2%)、体操24人(38.7%)、グラウンドゴルフ12人(19.4%)であった。基礎疾患のある者は57人(86.4%)であり、高血圧38人(57.6%)、高脂血症13人(19.7%)、骨粗鬆症11人(16.7%)、糖尿病5人(7.6%)であった。基本チェックリストで、運動機能低下のリスクに該当した者が16人(23.9%)、口腔機能低下

表2 対象者の基本属性について

	全体 (n=67)	非フレイル群 (n=49)	フレイル群 (n=18)	p値
年齢 (平均±SD) †	77.8±5.8	76.9±5.4	80.0±6.4	.054
高齢者の年齢区分 n=67				
前期高齢者 n(%)	22 (32.8)	17 (34.7)	5 (27.8)	.593
後期高齢者 n(%)	45 (67.2)	32 (65.3)	13 (72.2)	
同居家族の有無 n=65				
無し n(%)	42 (64.6)	27 (57.4)	15 (83.3)	.051
就業状況 n=67				
働いている n(%) ‡	11 (16.4)	9 (18.4)	2 (11.1)	.714
運動頻度 n=66				
1週間に3回以上 n(%)	27 (40.9)	23 (47.9)	4 (22.2)	.059
1週間に1回以上 n(%) ‡	57 (86.4)	43 (89.6)	14 (77.8)	.242
月に1回以上 n(%) ‡	62 (93.9)	45 (93.8)	17 (94.4)	1.000
基礎疾患 n=66				
あり n(%) ‡	57 (86.4)	39 (81.3)	18 (100.0)	.100

χ²乗検定、† : t検定、‡ : フィッシャーの正確確率検定

のリスクに該当した者が17人 (25.4%)、認知機能低下のリスクに該当した者が27人 (40.3%)、うつ状態のリスクに該当した者が28人 (41.8%)であった。低栄養状態のリスクに該当した者が1人 (1.5%)、閉じこもりのリスクに該当した者が3人 (4.5%)であった。

2. フレイル群と非フレイル群の比較

フレイル判定の結果は、フレイル群18人 (26.9%)、非フレイル群49人 (73.1%)であった。基本チェックリストの下位尺度の結果は表3に示す。フレイル群は非フレイル群に比べ、運動機能低下のリスク (p<0.001)、口腔機能低下のリスク (p<0.001)、認知機能低下のリスク (p=0.008)、および、うつ状態のリスク (p<0.001) に該当した者の割合が有意に多かった。非フレイル群の中にも、認知機能の低下のリスクに該当した者は15人 (30.6%)、うつ状態のリスクに該当した者は14人 (28.6%)含まれていた。

BMI、SMI、握力、立ち上がりテストの結果と、フレイル群と非フレイル群の差の検定結果は表4に示す。各項目においてフレイル群と非フレイル群の平均値や中央値の間に有意な差は認めなかった。

SF-8の結果と、フレイル群と非フレイル群の差の検定結果は表4に示す。非フレイル群はフレイル群と比較して、MCSの平均値が有意に高い結果であった。(p=0.002)

考 察

1. フレイル群の割合について

本研究の対象者は77.8±5.8歳、フレイル群の割合は26.9%であった。基本チェックリストを用いて、総合点数が8点以上の者をフレイルと判定していた先行研究⁶⁾¹⁷⁻²⁰⁾の対象者の平均年齢は72.3±6.1~76.4±4.2歳、フレイルの割合は5.4~31.3%であり、本研究の対象者の平均年齢は先行研究より高かった。フレイルの割合は、先行研究の範囲内ではあるが、比較的高い傾向であった。その理由として、フレイルの有病率は加齢と共に増加することが報告されており²¹⁾、本研究の対象者の平均年齢が高いことが考えられる。また、本研究結果では有意差は認めなかったが、フレイル群では単独世帯の割合が多かったこともフレイルの割合に関連したことが考えられる。本研究では、単独世帯は64.6%であり、日本の65歳以上高齢者の単独世帯の

表3 基本チェックリスト下位尺度におけるフレイル群と非フレイル群の比較

基本チェックリスト下位尺度		非フレイル群 (n=49)		フレイル群 (n=18)		p値
		n	(%)	n	(%)	
運動機能低下のリスク†	あり	5	(10.2)	11	(61.1)	<.001
低栄養状態のリスク†	あり	1	(2.0)	0	(0.0)	1.000
口腔機能低下のリスク†	あり	4	(8.2)	13	(72.2)	<.001
閉じこもりのリスク†	あり	1	(2.0)	2	(11.1)	.174
認知機能低下のリスク	あり	15	(30.6)	12	(66.7)	.008
うつ状態のリスク	あり	14	(28.6)	14	(77.8)	<.001

χ²乗検定、†：フィッシャーの正確確率検定

表4 身体計測値、8-item Short-Form Health Survey (SF-8) スコアのフレイル群と非フレイル群の比較

	非フレイル群 (n=49)		フレイル群 (n=18)		p値
	平均値±標準偏差		平均値±標準偏差		
BMI	21.85 ± 3.36		22.11 ± 3.63		.784
SMI	6.24 ± 0.65		6.26 ± 0.78		.913
握力最大値 (kg)	22.84 ± 3.48		21.35 ± 3.73		.133
	n (%)		n (%)		
立ち上がりテスト†	37 (75.5)		12 (66.7)		.333
12秒未満	12 (24.5)		6 (33.3)		
12秒以上					
	平均値±標準偏差		平均値±標準偏差		
身体的サマリースコア: Physical component summary (PCS)	47.29 ± 6.35		44.98 ± 5.39		.175
精神的サマリースコア: Mental component summary (MCS)	51.80 ± 5.80		46.63 ± 5.67		.002

t検定、†:フィッシャーの正確確率検定

BMI : Body Mass Index

SMI : Skeletal Muscle Index

31.8%²²⁾と比べ、単独世帯の割合が多かった。先行研究では、高齢者の独居とフレイルは関連があることが報告されている²³⁾²⁴⁾。また、COVID-19の流行により低下した高齢者の身体活動量は、独居高齢者では回復しにくいことが報告されている²⁵⁾²⁶⁾。本研究では単独世帯の高齢者の割合が多いことから、身体活動のレジリエンスが低く、COVID-19の流行により、一旦低下した身体活動量が元に戻っていなかった可能性があり、フレイルに関連したと考えられる。

2. A市高齢女性のフレイル群の特徴

1) A市在住高齢者の基本チェックリストと身

体機能の特徴

本研究では、非フレイル群とフレイル群の間に、握力や立ち上がりテストおよび、筋肉量等の身体計測値に有意な差を認めなかった。しかし、主観的な評価指標である基本チェックリストでは、運動機能低下のリスク、口腔機能低下のリスク、認知機能低下のリスク、およびうつ状態のリスクにおいて、フレイル群は要介護状態となるリスクがあると判定された者の割合が非フレイル群に比べて有意に多かった。本研究の対象者は身体機能の低下を自覚しているが、筋肉量の低下や、日常生活で何らかの支援が必要となる程の身体機能の低

下に至っていない可能性がある。本研究と同様に高齢女性を対象とした先行研究において、フレイルと自覚していても身体的な活動が保たれていることが報告されており²⁷⁾、本研究の結果と一致する。

2) A市在住高齢者のQOLとフレイルの特徴

SF-8のMCSの平均値は、フレイル群は非フレイル群と比較すると有意に低い結果であった。また、本研究ではフレイル群にうつ状態のリスクに該当する者が多いという結果であった。A市の高齢女性のフレイル群でMCSが低いことは、フレイル群においてうつ状態のリスクに該当した者が多いことが関係したと推察される。A市の高齢女性の精神的な健康には、COVID-19の流行や地震といった社会的背景が関連している可能性がある。本研究の調査は、COVID-19が5類に変更となり、行動の自粛が解除された3か月後に実施した。高齢者へのCOVID-19流行の影響は、人との交流や集まりの減少²⁸⁾²⁹⁾、外出を自粛した者に抑うつ症状を認めたこと³⁰⁻³²⁾通所リハビリの利用者は身体機能を保っていたが、うつ傾向の利用者が増加していたとの報告がある³³⁾。

住民同士のつながりが強いという地域であり、COVID-19の流行前は住民間の交流が盛んであったことが伺える。COVID-19の流行により、今までの地域に根付いた住民間の交流が減少したと予想される。交流機会の減少は、A市の高齢女性のフレイル群における精神的健康に影響したことが推測される。

A市は、令和5年5月に震度6強の地震が発生し、家屋への被害が生じた。その後も群発地震が続き、体感できる揺れが頻発していた。本研究の調査時期は地震発生から2か月～3か月しか経過していなかった。先行研究では、高齢者は大規模災害の後は精神的苦痛に陥るリスクが高いことや、災害後の心理的回復が遅く、日常生活の問題の対処に影響を受けていることが分かっている³⁴⁾。A市の高齢女性においても、地震により精神的苦痛に陥っていたが、心理的回復に至っていなかった可能性がある。

3. A市高齢女性のフレイル予防策について

A市では、認知機能低下のリスクやうつ状態のリスクは非フレイル群にも該当する者が多かった。フレイルは身体的問題だけではなく、認知機能障害、うつなどの精神・心理的問題、独居や経済的困窮などの社会問題を含むものと定義³⁾されている。また、先行研究において、フレイルの予防に

は日常生活において栄養、身体活動、社会性の3要素すべてにおいて実践や維持が必要である⁷⁾。身体機能のみを改善させるだけでは、A市の高齢女性のフレイルは予防できない可能性が高い。A市の高齢女性のフレイルを予防するためには、精神的な健康へ介入し、QOLの向上、うつ病や認知機能の低下の予防に関する取り組みも重要であることが示唆された。

一人で運動するよりも、誰かと一緒に運動をしたほうが、精神的健康の維持ができ、うつ病のリスクを減少させることができると報告されている³⁵⁾³⁶⁾。単独で行う運動は日常的に取り入れやすく、身体機能の維持は可能であるが、精神的健康を維持するためには他者と交流しながら実施することが、うつ状態の予防や精神的フレイルの予防に繋がる可能性がある。

結 論

A市在住の高齢女性のフレイルの実態を、基本チェックリストを用いて判定した結果、フレイル群18人(26.9%)、非フレイル群49人(73.1%)であった。フレイル群は非フレイル群に比べ、運動機能低下のリスク、口腔機能低下のリスク、認知機能の低下のリスク、およびうつ状態のリスクに該当する者の割合が有意に多い結果であった。

A市在住の高齢女性のフレイル予防に関しては、身体的な機能の維持や増進だけではなく、うつ病や認知機能の低下の予防に関する取り組みも重要であることが示唆された。

研究の限界

一つ目は、本研究の対象者を高齢者全般として募集を行ったが、参加者が女性に偏ったことである。A市在住高齢者のフレイルの実態把握を行うには、男性の参加が必要であり、今後は男性の参加者を増やすための方法を考える必要がある。二つ目は、体組成測定時の身長を自己申告とした点であり、体組成測定値の正確性に欠ける点である。今後の調査では身長測定も合わせて実施していく必要がある。三つ目は、A市が主催している体組成移動測定会で対象者の募集を行ったが全体を通しての参加人数や規模については十分に把握していなかった点である。研究の再現性を担保するためにも、通常ではどの程度の参加人数であるかを把握する必要がある。

謝 辞

研究に協力頂きました研究参加者の皆様、本研究を進めるにあたりご協力頂きました関係機関の皆様にご心より感謝御礼申し上げます。本論文は、石川県立看護大学看護学部卒業研究の内容の一部に加筆・修正を加えたものである。また、本論文の内容の一部は、第17回看護実践学会学術集会において発表したものである。本研究は令和5年度すず健やか事業実施効果検証事業に係る受託研究、令和5年度石川県立看護大学学内助成費を受けて実施した。

利益相反

本研究における開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 内閣府：令和4年版高齢社会白書（全体版），[オンライン，https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/pdf/1s2s_02.pdf]，内閣府（11.6.2024）
- 2) 厚生労働省：令和6年度介護報酬改定の主な事項について，[オンライン，<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001300143.pdf>]，厚生労働省（11.6.2024）
- 3) 一般社団法人日本老年医学会：フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント，[オンライン，https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20140513_01_01.pdf]，一般社団法人日本老年医学会（11.6.2024）
- 4) 珠洲市：珠洲市国土強靱化地域計画（令和2年度～令和6年度），[オンライン，<https://www.city.suzu.lg.jp/uploaded/attachment/1915.pdf>]，珠洲市（11.6.2024）
- 5) 珠洲市：令和5（2023）年版統計すず，[オンライン，<https://www.city.suzu.lg.jp/uploaded/attachment/5300.pdf>]，珠洲市（2.17.2025）
- 6) 平松喜美子，林健司，渡邊克俊，他：中山間地域およびA市近郊に居住する高齢者のフレイルによる身体機能の比較，*インターナショナル Nursing Care Research*, 19(3), 11-20, 2020
- 7) Lyu W, Tanaka T, Bo-Kyung S, et al.: Integrated effects of nutrition-related, physical, and social factors on frailty among community-dwelling older adults: A 7-year follow-up from the Kashiwa cohort study, *Geriatrics & Gerontology International*, 24, 162-169, 2023. doi:10.1111/ggi.14734 (6.9.2025)
- 8) 珠洲市産業振興課：住まい、暮らし，[オンライン，<https://suzu-oshigotonavi.jp/suzulife/land/>]，珠洲おしごとナビ（11.21.2025）
- 9) Collard RM, Boter H, Schoevers RA, et al.: Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review, *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(8), 1487-1492, 2012. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x (6.9.2025)
- 10) 厚生労働省：地域包括支援センター業務マニュアル，[オンライン，<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000026b0a-att/2r98520000026b5k.pdf>]，厚生労働省（11.6.2024）
- 11) 厚生労働省：介護予防マニュアル第4版，[オンライン，<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001238550.pdf>]，厚生労働省，（11.6.2024）
- 12) Satake S, Senda K, Hong YJ, et al.: Validity of the Kihon Checklist for assessing frailty status. *Geriatrics & Gerontology International*, 16, 709-715, 2016
- 13) 福原俊一，鈴鴨よしみ：生活の質（QOL）測定の現在 健康関連QOL尺度-SF-8とSF-36，*医学のあゆみ*, 213(2), 133-136, 2005
- 14) 福原俊一，鈴鴨よしみ：SF-8日本語マニュアル，Qualitest株式会社，168-169，京都
- 15) サルコペニア診療ガイドライン作成委員会：サルコペニア診療ガイドライン2017年版一部改訂（第1版），一般社団法人日本サルコペニア・フレイル学会，国立研究開発法人国立長寿医療研究センター，VII，東京
- 16) Chen LK, Woo J, Assantachai P, et al.: Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment, *Journal of American Medical Directors Association*, 21(3), 300-307, 2020. doi:10.1016/j.jamda.2019.12.012 (9.5.2025)
- 17) 内野美恵，清水順市，木元幸一，他：東京都北区「高齢者ふれあい食事会」参加者のフレイル実態調査，*日本作業療法研究学会雑誌*, 24(2), 33-38, 2021
- 18) Owada H, Otomo A, Suzuki Y, et al.: The relationship between frailty and motor function among living in the community elderly females, *The Journal of Physical*

- Therapy Science, 35, 70–74, 2023. doi:10.1589/jpts.35.70 (12. 25. 2024)
- 19) 吉澤裕世, 田中友規, 高橋競, 他: 地域在住高齢者における身体・文化・地域活動の重複実施とフレイルとの関係, 日本公衆衛生学会誌, 66(6), 306–316, 2019. doi:10.11236/jph.66.6_306 (12. 24. 2024)
- 20) 行徳真波, 立松典篤, 井上倫恵, 他: 地域在住高齢者における基本チェックリストで判定したプレフレイルに関連する身体機能およびカットオフ値, 日本サルコペニアフレイル学会誌, 8(1), 98–105, 2024. doi:10.69303/jjasf.8.1_98 (12. 24. 2024)
- 21) Kojima G, Iliffe S, Taniguchi Y, et al.: Prevalence of frailty in Japan: A systematic review and meta-analysis, *Journal of Epidemiology*, 27, 347–353, 2017. doi:10.1016/j.je.2016.09.008 (11. 18. 2025)
- 22) 内閣府: 令和6年版高齢社会白書, [オンライン, https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/pdf/lsls_01.pdf], 内閣府 (1. 22. 2025)
- 23) Kojima G, Taniguchi Y, Kitamura A, et al.: Is living alone a risk factor of frailty? A systematic review and meta-analysis, *Ageing Research Reviews*, 59, 101048, 2020. doi:10.1016/j.arr.2020.101048 (11. 18. 2025)
- 24) Miyazaki R, Abe T, Yano S, et al.: Associations between physical frailty and living arrangements in Japanese older adults living in a rural remote island: The Shimane CoHRE study, *Journal of General and Family Medicine*, 23(5), 310–318, 2022. doi:10.1002/jgf2.544 (11. 18. 2025)
- 25) Yamada M, Kimura Y, Ishiyama D, et al.: Effect of the COVID-19 Epidemic on Physical Activity in Community-Dwelling Older Adults in Japan: A Cross-Sectional Online Survey, *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(9), 948–950, 2020. doi:10.007/s12603-020-1424-2 (12. 24. 2024)
- 26) Yamada M, Kimura Y, Ishiyama D, et al.: Letter to the Editor: recovery of physical activity among older Japanese adults since the first wave of the COVID-19 pandemic, *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24, 1036–1037, 2020. doi:10.007/s12603-020-1516-z (12. 24. 2024)
- 27) Schmidle S, Gulde P, Koster R, et al.: The relationship between self-reported physical frailty and sensor-based physical activity measures in older adults - a multicentric cross-sectional study, *BMC Geriatrics*, 23, 43, 2023. doi:10.1186/s12877-022-03711-2 (6. 12. 2025)
- 28) 岡本名珠子, 阿部誠人, 田中千絵, 他: 一地域の高齢者を対象とした新型コロナウイルス感染症流行下における健康・生活に関する調査報告, 東海公衆衛生雑誌, 11(1), 103–110, 2023. doi:10.24802/tpha.2023-08 (12. 24. 2024)
- 29) 森裕樹, 清野諭, 山下真里, 他: 大都市在住後期高齢者における通いの場への参加状況とその関連要因: 新型コロナウイルス感染症拡大の影響に着目した検討, *応用老年学*, 18(1), 23–35, 2024
- 30) 池田晋平, 芳賀博: COVID-19の流行初期における地域在住高齢者の外出自粛と抑うつ症状の実態, 外出自粛の有無別でみた抑うつ症状と社会的要因の関連, *日本臨床作業療法研究*, 10, 20–26, 2023. https://mol.medicalonline.jp/library/journal/download?GoodsID=es3sagyo/2023/t01001/002&name=0020-0026j&UserID=202.24.0.117.50&base=jamas_pdf (12. 24. 2024)
- 31) 吉田葉菜, 佐々木八千代, 野田さおり, 他: Withコロナの時代における地域在住高齢者の抑うつの有無とそれに関連する要因, *日本健康医学会雑誌*, 30(4), 449–458, 2021. doi:10.20685/kenkouigaku.30.4_449 (12. 24. 2024)
- 32) 小玉鮎人, 菅原薫, 久米裕, 他: 秋田県在宅高齢者の緊急事態宣言による日常生活変化に影響を与える要因について, *日本老年医学会雑誌*, 59(1), 58–66, 2022. doi:10.3143/geriatrics.59.58 (12. 24. 2024)
- 33) 瀬川大, 菅沼一平, 渡辺裕生, 他: 新型コロナウイルス感染症拡大時(第1波)における通所リハビリテーション利用者の実態調査, *作業行動研究*, 27(2), 81–88, 2023
- 34) Toyabe S, Shioiri T, Kuwabara H, et al.: Impaired psychological recovery in the elderly after the Niigata-Chuetsu Earthquake in Japan: a population-based study, *BMC Public Health*, 6, 230, 2006. doi:10.1186/1471-2458-6-230 (2. 20. 2025)
- 35) Takeda F, Noguchi H, Monma T, et al.: How

Possibly Do Leisure and Social Activities Impact Mental Health of Middle-Aged Adults in Japan?: An Evidence from a National Longitudinal Survey, PLoS One, 10(10), e0139777, 2015. doi:10.1371/journal.pone.0139777 (12. 24. 2024)

36) Kanamori S, Takamiya T, Inoue S, et al.: Frequency and pattern of exercise and depression after two years in older Japanese adults: the JAGES longitudinal study. Scientific Reports, 8, 1124, 2018. doi:10.1038/s41598-018-29053-x (12. 24. 2024)

研究報告

外来化学療法センター看護師による がん患者の問診に関する実践知

Practical knowledge regarding interviews of cancer patients by outpatient
chemotherapy center nurses

長田 智香¹⁾, 林 ゑり子²⁾

Chika Nagata¹⁾, Eriko Hayashi²⁾

¹⁾横浜市立大学附属病院看護部

²⁾横浜市立大学大学院医学研究科看護学専攻がん看護学分野

¹⁾Nursing Department, Yokohama City University Hospital

²⁾Department of Cancer Nursing, Graduate School of Medicine, Yokohama City University

キーワード

がん薬物療法, 問診, 実践知, CTCAE, がん化学療法センター

Key words

cancer drug therapy, patient interview, practical knowledge
Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), cancer chemotherapy center

要 旨

目的：外来化学療法センター看護師のがん患者問診時における実践知を明らかにすることである。

方法：がん薬物療法に携わった経験を5年以上有する、外来化学療法センター看護師5名に半構造化面接を実施した。

結果：【問診票から事前に患者にどんな有害事象がでているか思い浮かべる】【想起した患者と実際の状況の違いをアセスメントする】【看護師と患者の捉え方が異なることを前提として患者と向き合う】【変化を日常に取り込めるようにエンパワーする】【患者が大切にしていることを喪失しないように支援する】【患者も看護師も困ったときに頼れる人とのつながりを築く】の6つのカテゴリーが抽出された。

考察：外来化学療法センター看護師は、問診前に有害事象の出現時期を想起し、自身の症状評価と問診票との違いをアセスメントの鍵とすることで、限られた時間で患者の全体像を把握することを可能にしていた。

連絡先：長田 智香

横浜市立大学附属病院看護部

〒236-0004 神奈川県横浜市金沢区福浦3丁目9番地

緒 言

がん薬物療法は、近年目覚ましく発展している。殺細胞性抗がん剤や分子標的治療薬のほか、2016年以降には免疫チェックポイント阻害薬が保険適応となり、2019年6月以降にはがん遺伝子パネル検査が保険適応となった。それにより、近年、がん進行度別の5年相対生存率について、所属リンパ節転移または隣接臓器浸潤の場合では、1993-1996年診断例は43.2%に対し、2009-2011年診断例は58.1%、遠隔転移や浸潤している場合では、1993-1996年診断例は10.3%に対し、2009-2011年診断例は15.7%へと生存期間が延長し、長期生存者が増加している¹⁾。

生存期間の延長は、がん治療・がん看護の場における外来の比重を増加させることにもつながる。我が国の抗悪性腫瘍剤を投与した算定件数は、外来腫瘍化学療法診療料1において、2015年が169,389件、2021年が259,916件と1.54倍に増加している²⁾。今後も外来でがん治療を行う患者が増加し、患者が治療を受けながら生活を営む期間も長期化する傾向が続くことが予測される³⁾。

一方、外来でがん薬物療法を受ける患者は、有害事象に伴う身体的、社会的、精神的苦痛を感じている⁴⁾。どの病期においてもがんに関連した症状として、全身性の苦痛である倦怠感やしびれ、貧血、不眠、身体の部分的な苦痛であるリンパ浮腫、下痢、吐き気、手足症候群、加えて、精神的苦痛がある⁵⁾。

がん薬物療法中の外来がん患者は、これらの有害事象やがんに関連した症状が出現しやすい時期を自宅で過ごすため、がん薬物療法を継続するために必要な体調管理や生活の調整を患者自身で行う必要がある。布川らは、患者と家族が心身ともに安定した生活を作り上げることが、外来でのがん薬物療法を継続する上で重要であることを指摘している⁶⁾。つまり、外来でがん薬物療法を受けるがん患者自身が、有害事象やがん関連の症状に対してセルフケアを実施できることが、がん薬物療法を継続する上で重要になる。

外来化学療法センター看護師は、多岐にわたるレジメンの投与管理やインフュージョンリアクションへの対応に加え、様々な病期にあるがん患者への心理・社会的な側面への支援など、卓越した看護実践を行っている⁷⁾。そのため我が国では、外来腫瘍化学療法診療料1の算定要件に、化学療法の経験を5年以上有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室

に勤務することが規定されている⁸⁾。しかしながら、外来化学療法センターの体制として、患者数に応じた十分な看護師の人数配置基準は示されていない。一方、外来対応の時間と看護師の人員が限られていることも課題である⁹⁾。そのため、看護師は限られた時間の中で援助を必要としている対象をスクリーニングし、対象患者の特徴や問題点を把握することの重要性が指摘されている¹⁰⁾。

外来化学療法センター看護師は、外来患者の自宅での状況について、問診で看護師が得た情報をアセスメントし、支援の方法を検討し実践するという一連の看護過程を展開している。この看護過程において看護師は、患者から得た主観的情報と自らの観察から得た客観的情報を統合し、限られた時間の中で患者の特徴や問題点を把握していく。問診は「患者の訴えを聴き、医学的知識を背景にして、患者との会話を通じて、現病歴、家族歴、生活歴をとること」と定義されている¹¹⁾。一般に患者と医療者の症状評価の間には差があることが広く知られており、さらに患者の症状評価は患者の置かれている状況によっても差が現れる^{12) 13)}。以上より、患者の症状を把握する上で問診は非常に重要な情報収集の方法である。

外来化学療法センター看護師は、限られた人数や時間の中で、がん薬物療法の患者の有害事象や症状、療養に関わる問題について対応している。この看護師の経験を元に培った問診のプロセスの中に、経験が蓄積された実践知があると考えた。外来化学療法センター看護師による、問診の場面における情報収集の視点、介入の必要性の判断などの実践知を明らかにした先行研究は見当たらない。外来化学療法センター看護師が、患者の症状評価と自らの症状評価に差を感じた場面に焦点をあて、その経験を質的記述的に明らかにすることで問診における実践知の内容を明らかにできると考えた。

目 的

本研究では、外来がん薬物療法看護の質向上に資するため、患者と看護師の症状評価に差がある場面の、がん患者の問診時における外来化学療法センター看護師の実践知を明らかにすることを目的とし、より良い外来がん薬物療法看護の実践について検討する。

用語の操作的定義

実践知：外来化学療法センターで勤務する看護

師が、がん患者の問診に関して経験に基づいて獲得した知恵と技

問診：患者の状況を確認するために有害事象共通用語基準（Common Terminology Criteria for Adverse Events：以下CTCAEと省略する）の患者自身による症状評価をもとに、患者から得た主観的情報と看護師の観察から得た客観的情報を解釈しながら統合するプロセス

研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン

2. 調査期間

2021年2月～2021年4月

3. 研究参加者

外来化学療法センターでの勤務経験があり、がん薬物療法に携わった経験を5年以上有する看護師を研究参加者とした。この参加者の条件は、外来腫瘍化学療法診療科1に関する設置基準には「化学療法の経験を5年以上有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること」と規定されており⁸⁾、看護の質の保障の基準となっていることに基づき規定した。

研究参加者となる看護師の選定は外来化学療法センターの管理者が行った。選定は、上記の基準を満たし、参加者本人が研究内容について十分な説明を受け、文書同意している者とした。

4. データ収集方法

研究施設内のあらかじめ用意した個室で半構造化面接を実施した。インタビューの時間は30分前後と設定し、個室にて研究参加者1名と研究者1名で実施した。研究参加者に、外来がん薬物療法中の患者の症状評価と看護師自身の評価に差がある問診の場面に焦点を当て、印象に残っている事例を挙げ「事例の患者の病状や治療経過」「実践した看護やその意図」「実践した看護の結果、患者がどう変容したか」「その事例が気になったきっかけ」について自由な語りを促した。インタビューの内容は参加者の了解を得て録音した。

5. 分析方法

データ分析は、特定の文脈における人間の状態や、認識された状況を理解するのに適した質的内容分析を採用し、Bengtssonの手法を参考に行った¹⁴⁾。研究参加者から得られたデータから逐語録を作成し、化学療法センター看護師の患者問診時の実践知が現れている記述を意味内容ごとに区切

り意味単位とし、類似する内容ごとにコードとしてまとめた。参加者のデータを加えながら分析し、サブカテゴリー、カテゴリーに抽象度を上げ統合した。標本の抽出を追加しても新しい情報が得られない状態に達する状態を飽和として¹⁵⁾、5名のデータで飽和した。分析の全過程において、質的研究の経験をもつがん看護の研究者のスーパーバイズを受け、真実性を確保した。

6. 倫理的配慮

本研究は横浜市立大学倫理審査委員会による承認を得た（承認番号A210100003-(1)）。選定された参加候補者に、文書と口頭で研究目的や方法、結果を公表すること、インタビューは対象者の評価につながることを説明したうえで参加の意思を確認し、同意を得た研究候補者を研究参加者とした。研究参加の自由、途中辞退が可能であること、拒否による不利益がないことを確約した。併せてインタビューの逐語録を作成するためにインタビューの内容を録音したりメモを取ることをあらかじめ説明し同意を得た。インタビューの内容は個人が特定されない形で厳重管理した。

結 果

研究参加の同意が得られた参加者は5名で全員が録音に同意した。研究参加者の看護師としての経験年数は17年から32年で中央値28年であった。がん薬物療法に携わった経験は11年から20年で中央値20年であり、そのうち外来化学療法センターにおける勤務経験は1年から20年で中央値6年であった（表1）。

調査の結果、外来化学療法センター看護師のがん患者の問診に関する実践知として6つのカテゴリーと22のサブカテゴリー、75のコードが抽出された（表2）。【 】をカテゴリー、〔 〕をサブカテゴリー、〈 〉をコード、参加者の語りを引用する部分を‘太字’として以下に詳述していく。

1. 【問診票から事前に患者にどんな有害事象がでているか思い浮かべる】

外来化学療法センター看護師は、問診前にカルテや問診票から患者の状況を想起することを問診の準備としていた。〔患者のレジメンを確認して起きやすい有害事象とその出現時期を想起する〕〔患者が事前に記載した問診票のグレードが高いときは前回治療時の状況を確認する〕で示された通り、外来化学療法センター看護師は、まずカルテから患者のレジメンと前回の投与日を確認し、患者にどんな有害事象が現れているかを想起して

いた。患者のCTCAE評価のグレードが高い場合はカルテから患者に処方されている支持療法や、前回治療時の症状やケアの内容を確認して、今回の問診で患者にどんなケアが必要かアセスメントをする準備をしていた。‘どういってお薬が使われているかっていうのは最低でもカルテで確認してから行きますね。’というように、時間が限られる場合は患者のレジメンと投与日数を優先して確認していた。そして〔問診前に看護師が想起した客観的症状評価との違いを明確にする〕では、自身が想起した患者の状況と問診票に患者が記載したCTCAE評価の差異を把握し、アセスメントの鍵としていた。

2. 【想起した患者と実際の状況の違いをアセスメントする】

外来化学療法センター看護師は実際に患者と対面する際、想起した患者と実際の患者との状況の違いを感じ取り、問診票に現れない患者の辛さを拾い上げていた。〔患者がうまく表現できない気がかりや辛さを見出す〕では‘気になるきっかけはグレードが低い割にすごく体調が悪そうで’と、問診票に記載されたCTCAEのグレードが低いにも関わらず「体調が悪そうだ」と感じた自分の直感を手掛かりとして、患者の辛さを見出す看護師の姿が描出された。〔問診前に想起した患者像と、患者と会って受ける印象が一致しないことに違和感を感じる理由を考える〕では、問診前にカルテから患者がロキソプロフェンを服用していることを確認していた看護師が、患者の問診票に痛みの記載がないことに違和感を感じたことを契機としてアセスメントを深め、疼痛コントロールに関する多職種介入の調整へつなげる看護実践が語られた。〔問診票に現れない患者の辛さをすくい上げようとする〕では‘問診票にあるような話から患者さんの悩みとか、辛さが引き出されることもあ

って。なにも書いてなくても調子はどうって聞いた方がいいのかなって思っていて’という語りから、問診票を患者と話すツールとして活用し、日々の会話の中から患者の辛さを見出そうとする看護師の姿が描出された。

3. 【看護師と患者の捉え方が異なることを前提として患者と向き合う】

外来化学療法センター看護師は、CTCAEという共通の症状スケールを活用しながらも、がん薬物療法による有害事象が患者ごとに異なる意味を持つことを前提として問診に臨んでいた。〔患者の生活や思いを考慮してCTCAEを評価する〕〔患者の認識を理解してCTCAEを評価する〕では、患者の症状をCTCAEのグレーディングだけでなく患者の体験として理解しようとする看護師の姿が描出された。‘本人からできるだけお話がしてもらえるように質問をするようにしていますかね’と語られたように、看護師は、患者が有害事象をどのように意味づけ体験しているのかを患者の語る言葉や姿から把握しようとしていた。〔患者と家族の認識が違う可能性を踏まえて家族から話を聞く〕では、患者の話す内容が家族が見ている患者の姿と異なる場合も想定して、必要だと感じた場合には患者がいない場所で家族から話を聞く看護師の姿が描出された。このように、このカテゴリーでは、有害事象の捉え方は立場や状況により変化することを前提として、状況全体を捉えようとする看護師の姿が描出された。〔患者が理解できるように看護師の症状評価を患者へ伝える〕では、有害事象の捉え方は患者ごとに異なることを前提としつつ、病院を受診するタイミングを失しないように、医療者の視点でCTCAE評価の仕方を患者へ指導する看護師の姿が描出された。

4. 【変化を日常に取り込めるようにエンパワーする】

表1 研究対象者の属性

	看護師 経験年数	がん薬物療法に 携わった年数	外来化学療法 センター 経験年数	インタビュー 時間
A	28年	20年	6年	14分
B	20年	20年	1年	30分
C	17年	13年	4年	33分
D	28年	11年	11年	32分
E	32年	20年	20年	22分
中央値	28年	20年	6年	30分

表 2-1 外来化学療法センター看護師によるがん患者の問診に関する実践知

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
問診票から事前に患者にどんな有害事象がでているか思い浮かべる	患者のレジメンを確認して起きやすい有害事象とその出現時期を想起する	問診する前にレジメンを確認し、薬剤ごとに起きやすい有害事象とその出現時期を想起することで、患者の症状に気が付くための準備を整える 問診前に細かくカルテを確認する時間がない時は、最低でも患者が受けているレジメンを確認する
	患者が事前に記載した問診票のグレードが高いときは前回治療時の状況を確認する	問診票のCTCAE評価を確認し、症状に対する指示薬の処方の有無や内容をカルテで確認する 問診票のCTCAE評価がグレード2以上の場合、前回来院時と今回の症状の変化や前回のケア内容をカルテで確認する
	問診前に看護師が想起した客観的症状評価との違いを明確にする	患者の症状評価は病前の自分と比べた評価になりやすいため、前回の治療からの症状の変化を聞き出すようにしている 問診票に皮疹があると記載があり、レジメンからも薬疹を疑ったが、皮疹のある部位が限局しており帽子やマスクが触れる部位にあることから接触刺激が皮疹の誘因となっているようだと判断する 患者が皮疹をきたしやすい薬剤を使用している場合は、CTCAE評価のグレードが低い場合でも、服に隠れた部位も含めて患者の皮膚を実際に見て確認する
想起した患者と実際の状況の違いをアセスメントする	患者がうまく表現できない気がかりや辛さを見出す	問診票に記載されているCTCAEのグレードが低い割には患者の体調が悪そうなのが気にかかり関わろうと思う 現在の症状では日常生活に支障はないと話しつつ、タキサン系薬剤の有害事象であるしびれを気にする患者の様子に違和感を覚える 患者が話す内容と、患者の身なりや口調といった患者の様子に整合性が取れていない場合に違和感を覚える
	問診前に想起した患者像と、患者と会って受ける印象が一致しないことに違和感を感じる理由を考える	皮疹が薬疹なのか接触性皮膚炎なのかアセスメントする 問診票に痛みに関する記載がない患者に、NSAIDsが処方されていることをなぜだろうと考える
	問診票に現れない患者の辛さをすくい上げようとする	問診票を患者と話すためのツールとして活用し、ちょっとした話の中から問診票に記載されていない患者の悩みや辛さをすくい上げようとする 患者に「体調はどうですか」と話しかけることで、辛さを語るができる場をつくる 患者のCTCAE評価がいつもと変化がない場合でも、必ず患者から話を聞いて状況を確認する 忙しい時でも足を止めて患者に声をかけ、患者が辛さや心配事を語れる場を作ろうとする
	看護師と患者の捉え方が異なることを前提として患者と向き合う	復職を視野に入れた時の症状評価と、家でゆっくりできる・休みたい時に休める時の症状評価は異なると考えている 看護師のCTCAE評価は、看護師が患者の生活背景や思いを知ることで変わるものであると考えている
看護師と患者の捉え方が異なることを前提として患者と向き合う	患者の認識を理解してCTCAEを評価する	患者自身の言葉で症状を語ってもらうことを通して、患者が状況をどう受け止めているのかを聞き出す 患者ががん薬物療法が原因ではない症状を問診票に記載する場合があることを前提にしている
	患者と家族の認識が違う可能性を踏まえて家族から話を聞く	患者が家族と一緒にではない状況を見計らって、家族から患者が家でどう過ごし、どう話しているのかを聞き出す 付き添っている患者の家族からも、患者の家での状況や患者がどういことを話しているのかを聞き出す
	患者が理解できるように看護師の症状評価を患者へ伝える	患者と自分の症状評価に差がある場合、自分の評価の仕方を患者と共有する
変化を日常に取り込めるようにエンパワーする	「相談相手がここにいる」ことを実感してもらう	症状が出た際に患者自身が対処できるように、復職後に倦怠感が出た時の過ごし方を患者と一緒に考える 患者の話をききながら必要な薬や相談すべきことを患者と一緒に整理することを通して、患者が医師にうまく相談できるように支援する

表 2-2 外来化学療法センター看護師によるがん患者の問診に関する実践知

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
変化を日常に取り込めるようにエンパワーする	患者が継続できるセルフケア方法を考える	セルフケア方法を指導しながら患者の表情や言動を観察し、提案した方法は患者が継続できる方法なのか確認する
		スキンケアの方法を患者へ提案し、それを面倒だという患者の反応を受けて、より簡便な方法を患者へ提案する
		自宅でのセルフケアの方法を患者自身に話してもらうことで、前回のセルフケア指導の理解度や実現度を判断し、必要に応じて補足説明する
患者らしいセルフケア方法をチームで共有する	患者が有害事象の出現時期に対処できているか評価する	スキンケアの方法を提案した時に、自ら主体的にケアの方法を考え始める患者はケアを継続してくれそうだと判断する
		今回提案したセルフケアの方法が患者に適しているのか判断するために、今回の自分が行ったケアを記録することで、チームで状況を共有できるようにする
患者が大切にしていることを喪失しないように支援する	大切にしたいことを諦めないように支える	記録を通して、患者の症状の変化やセルフケア方法の変遷といった患者が歩んできた歴史をチームで共有することでケアの連続性を保つ
		患者が症状をCTCAE評価でグレード2以上と評価している時に、患者自身が症状の出方を把握してかつその症状に適切に対処できている、患者自身が大丈夫だと言える場合には援助はいらないと判断する
		問診票に患者自身が相談したいことを的確に記載できている場合は、患者自身が医師に症状を相談する力があるので援助は要らないと判断する
患者の経験や性格を考慮して看護方略を練る	患者が高校3年生の息子の受験を支えるために保育士の仕事に復職したいという願いをかなえようと方略を練る	痛みを緩和して仕事や散歩など普段どおりの生活ができるように、痛みの原因が骨転移であるとアセスメントしたうえで放射線の治療の適応があるか医師へコンサルトする
		夫を介護する患者に負担がかかりすぎないように、現在の血圧が120台であることを確認したうえで、血圧測定の回数を減らすように調整する
		患者の治療歴から患者の経験を推し量り、それぞれに応じた対応の仕方を検討する
家庭における役割、仕事、趣味に注目する	患者が治療日誌に几帳面な字で毎日細かく状況を記載している様子を見て、これでは患者が疲れてしまうと危惧する	会話のなかで患者がしっかりしている人だと感じ、抗がん剤による有害事象の出現率や症状の出現時期など具体的に詳細に伝えた方がよいと判断する
		大学受験を控える息子と過ごす時間が長くとれるように、投与頻度が3週間に1回ですむ治療を患者へ提案する
患者にとっての治療意義に合った支援をする	患者が在宅で仕事をするには痛みをとって長時間座れることが必要だとアセスメントする	術前・補助がん薬物療法の場合は、患者がうまく有害事象と付き合いながら治療を完遂できるように支援する
		再発治療目的のがん薬物療法の場合は、有害事象が生活に支障をきたす場合は無理をさせないことも大事にする
患者が自己決定するために必要な情報を選んで提供する	患者が在宅で仕事をするには痛みをとって長時間座れることが必要だとアセスメントする	次の治療薬はどれを選択しても治療効果は同じと医師から説明を受け、患者自身が治療を選択することに大きな葛藤を感じている様子を感じとり、患者に必要な情報を選んで伝えようとする
		患者自身が主体的に治療を選択することが、生活と治療を両立するためには必要なことであると考えている
患者も看護師も困ったときに頼れる人とのつながりを築く	患者のタイミングで相談できる場を紹介する	これから痛みが出る可能性や患者が思っている以上に経過が早い場合があることを考慮して、相談窓口としてがん相談支援センターを紹介する
		患者との対話を通して患者がまだ状況を受容できていないと判断した場合は無理に語らせず、困ったときの相談先としてがん相談支援センターを紹介する
		自分だけで対処が難しいと感じた場合は、同僚や医師や専門看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなどの多職種と連携しながら状況に対処する
自身のアセスメントに自信が持てない場合は他者に相談する	自身のアセスメントに自信が持てない場合は、同僚と一緒にアセスメントや最適なケアの方法について検討する	他の医療者とアセスメントやケアについて検討する経験を自身の学びの機会にする

CTCAE : Common Terminology Criteria for Adverse Events 有害事象共通用語規準

看護師は、患者が病気や治療によって生じた変化に適応し、生活を再構築することで新しい日常を取り戻すプロセスを見守りながらエンパワーしていた。〔「相談相手がここにいる」ことを実感してもらう〕では、抗がん剤の有害事象がでた時の対処方法を患者と一緒に考えるという行為を通して、セルフケアの方法を患者に伝えるのみならず「困ったときに相談できる相手がいる」というメッセージを患者へ届けようとする看護師の姿が描出された。〔患者が継続できるセルフケア方法を考える〕では、自宅でのセルフケアの方法を患者自身に語ってもらうことで、患者の理解度やセルフケア指導の実現度を確認しながら、患者が無理なく取り組めるセルフケアの方法を考え指導する実践が語られた。〔患者らしいセルフケア方法をチームで共有する〕では、看護師は、記録を情報共有のツールとして活用し、継続した看護をチームで実践していることが語られた。〔患者が有害事象の出現時期に対処できているか評価する〕では、‘食欲低下がグレード2以上でも、体重が減ってなかったり、(中略)、day3までは苦しいけどそれをすぎると大丈夫ですって、自分でリズムがわかっているならばそんなに心配しなくてもいいけど’と語られたように、患者によるCTCAE評価が高値でも、臨床指標を評価し問題がないこと、患者自身が効果的にその症状に対処できている場合は心配いらないと判断している看護師の姿が描出された。このように外来化学療法センター看護師は、患者に支援が必要かを評価する基準として、患者自身が有害事象に対処できているか否かを評価していた。

5. 【患者が大切にしていることを喪失しないように支援する】

患者毎に異なる「治療の意味」を踏まえ、患者の思いを大切にしたい看護を実践する看護師の姿が描出された。〔大切にしたいことを諦めないように支える〕では、受験を控えた高校3年生の息子を支えるために保育士の仕事に復職したいという患者の思いをかなえるために看護の方略を練る看護師の姿が描出された。また〔患者の経験や性格を考慮して看護方略を練る〕〔家庭における役割、仕事、趣味に注目する〕では、看護師は患者の治療歴に応じて対応の仕方を変えたり、家庭における役割や仕事の仕方や趣味に注目して治療選択の支援を行っていた。このように看護師は、患者との対話から得た様々な情報を統合し包括的に患者の状況をアセスメントした形での看護実践を行い、

また患者が望む生活を送るための、実現可能なセルフケアの方向性を検討していた。〔患者にとっての治療意義に合った支援をする〕では、術前・術後の補助がん薬物療法を行う患者には治療を完遂するための支援を行い、再発治療を目的としてがん薬物療法を実施する患者には抗がん剤による有害事象が生活に支障をきたすことがないように配慮して支援を行う看護師の姿が明らかになった。最後に〔患者が自己決定するために必要な情報を選んで提供する〕では、患者の性格や状況を配慮して伝える情報を取捨選択し、医師や薬剤師と連携しながら治療選択の意思決定支援を行う看護実践が語られた。

6. 【患者も看護師も困ったときに頼れる人とのつながりを築く】

外来化学療法センター看護師は、患者の心身の状態変化を見越して看護が途切れないように繋いでいくことを実践していた。〔患者のタイミングで相談できる場を紹介する〕では、外来化学療法センター看護師が、がん薬物療法の終了後に患者と関わる機会が失われることが理由となっている。治療が終了するというのは、がん患者にとっては辛い経験である。‘患者さん自身が受容できないときも、(中略)忙しいと話してくれない時もあるけど、言っておくと、どこでも話せるきっかけにはなるのかなと思うので意識的に紹介することにはしています’と語られたように、看護師はタイミングを計り、がん相談支援センターを紹介することで、がん薬物療法の終了後に患者への支援が途切れないよう配慮していた。〔自身のアセスメントに自信が持てない場合は他者に相談する〕では、‘自分一人で解決できない時、(中略)、無理しないで知識を持った人に声をかけて一緒に診てもらって、その方が患者さんにとってもメリットも大きいし、自分も勉強になるし、自分一人でケアに関わらなくてもいいかなって思っています’と、患者の看護をチームとして実践していく姿勢が見受けられた。

考 察

外来化学療法センター看護師によるがん患者の問診に関する実践知について検討した結果、外来化学療法センター看護師の実践知として1. 熟練したアセスメントの視点で行う問診前の準備、2. 医療者と患者の認識のずれを契機とした、包括的な情報に基づくアセスメント、3. 患者支援のための多職種間連携と状況の変化に合わせた継続的

なサポート、の3つの視点が導かれた。

1. 熟練したアセスメントの視点で行う問診前の準備

外来化学療法センターでは、がん薬物療法の治療予定患者が体調や有害事象を自己評価して問診票に記載している。外来化学療法センター看護師は、がん薬物療法を実施する直前に、がん患者に前回の治療からの体調や有害事象に関する問診票を確認しながら問診を行っている。がん患者に対して実際に問診する前準備として、①患者のレジメンを確認して起きやすい有害事象とその出現時期を想起する、②患者が事前に記載した問診票のグレードが高いときは前回治療時の状況を確認する、の二つを実践している。この実践の意図は、医学的、科学的な知識や過去のがん薬物療法看護の実践経験をもとに、客観的情報から患者の置かれている状況を想起することにある。がん薬物療法のレジメンや回数から現れ得る有害事象を予測し、患者の日常生活への影響を想起することで、問診の際に患者に何を聞くのか、どう関わるのがよいかといった行動計画を立てているのである。続いて、外来化学療法センター看護師は、③問診前に看護師が想起した客観的的症状評価との違いを明確にする、ことを日常的に実践していた。磯本らは、外来化学療法センター看護師が関わる時間が限られた中、看護師が短い時間でがん患者の有害事象をアセスメントし、関わる看護師メンバーが一貫した援助ができるように努力していることを述べている¹⁶⁾。外来化学療法センター看護師は、患者と関わる前に問診票から汲み取れるがん患者の状況と化学療法の有害事象の知識や看護経験より予測できる事柄の間にずれや違和感がないかを直感的に把握している。このずれや違和感を元に患者と対話することで、患者が抱える潜在的な問題に気づくことが示唆された。サブカテゴリーに導かれた実践として、治療当日の患者と関わる前、①患者のレジメンを確認して起きやすい有害事象とその出現時期を想起する、②患者が事前に記載した問診票のグレードが高いときは前回治療時の状況を確認する、③問診前に看護師が想起した客観的的症状評価の違いを明確にする、これらは、レジメンや治療状況と症状出現に対する患者評価の差を確認する外来化学療法センター看護師の実践知の一形態であると考ええる。

2. 医療者と患者の認識のずれを契機とした包括的な情報に基づくアセスメント

一般に患者と医療者の症状評価の間には差があ

ることが広く知られており、さらに患者の症状評価は患者の置かれている状況によっても差が現れる^{12) 13)}。外来化学療法センター看護師は、医療者と患者の認識には差があることを前提として、問診前に想起した患者の状態と問診後に把握した患者の状態との差異を鍵として患者が認識していない有害事象の経験を見つけ出していた。また、ケアの必要性の判断はCTCAE評価の高低だけに頼らず、患者にとって有害事象やがん関連の症状がどのように経験されているのかを判断基準としていた。

‘気になるきっかけはグレードが低い割にすごく体調が悪そうで（中略）関わったほうがいいかなとは思ったんですね’という研究参加者の語りがあったように、事前に想起した状態と問診した時の状況について差異を感じとり、その違和感を契機に問診を深めていた。そして問診では、患者の生活環境や何を大切にしているかという情報を患者との対話を通じて引き出し、患者の置かれる状況を解釈した上でケアの方向性を検討している。この外来化学療法センター看護師は、問診を通じて患者が高校3年生の息子を経済的に支えるため仕事に復帰したいということを開き出し、復職を前提としたセルフケア支援、多職種と連携した意思決定支援につなげていた。この実践において、外来化学療法センター看護師は、外来がん薬物療法やその有害事象が患者の生活に与える影響を包括的に解釈した上で、ケアの方向性を検討している。Baschらは、患者自身の症状評価に基づきケアを実施することで、患者のQOLが有意に改善することを示している¹⁷⁾。Arvingらは、看護師ががん薬物療法を受ける患者を個別にアセスメントし支援を行った結果、患者の嘔気や不眠などの身体症状が改善され、予約外の緊急の受診行動が減少したことを報告している¹⁸⁾。外来化学療法センター看護師が、患者の経験や認識に根差して、外来がん薬物療法やその有害事象が患者に及ぼす影響についてアセスメントし、支援を検討することが、患者の症状緩和やQOLの向上に貢献していると考ええる。

3. 患者支援のための多職種間連携と状況の変化に合わせた継続的なサポート

本研究において外来化学療法センター看護師は、外来がん薬物療法を受けるがん患者にとって、診療記録を通じた多職種間での情報共有が鍵になると考えていた。外来がん薬物療法を受けるがん患者は、外来に到着後から医師、診察室の看護師、

薬剤師、ソーシャルワーカー、栄養士など多職種
の専門家と個別に関わりながら化学療法セン
ターでの治療を受ける。そのため外来化学療法セン
ター看護師は、自分が関わる前に患者に関わった多
職種の専門家が記載したアセスメントの診療記録
を把握し、各職種の専門的なコメントを活かしな
がら、がん患者に不足している支援をアセスメン
トし、包括的な視点から最善の支援を検討してい
た。

また外来化学療法センターでは病状が進行し、
がん薬物療法の継続が困難になる患者も少なく
ない。患者は治療に意欲的に取り組みたい思いと病
状への進行を不安に思う気持ちを同時に抱えてい
る^{19) 20)}。がん患者は治療に伴う様々な変化を経験
する中、ネガティブな感情を調節しながら状況を
理解し、自らの感情に折り合いをつけて生活を再
構築していくことが報告されている^{21) 22)}。外来化
学療法センターでは、がん患者が定期的に治療を
受けるため、単回では患者と関わる時間は限られ
るもの、短時間の関わりを何回も積み重ねること
で患者との関係性を深め、蓄積された対話の中で
患者の価値観を知ることができると報告されてい
る²³⁾。本研究でもサブカテゴリー〔「相談相手が
ここにいる」ことを実感してもらう〕で示された
ように、支援関係を積み重ねていくことでがん患
者との関係性を築いていく実践が行われていた。
「自分を知っている人がここにいる」という実感
が育つことでがん患者の精神的安寧につながるこ
とが推察される。加えて、本研究において外来化
学療法センター看護師は、サブカテゴリー〔患者
のタイミングで相談できる場を紹介する〕で示さ
れる通り、患者の治療が終了する局面も見越した
実践を行っていた。がん薬物療法が終了になる局
面はがん患者にとって大きな転換点であり、身体
的・心理社会的苦悩を伴う経験である²¹⁾。前田ら
も、がん薬物療法の中止を検討する時期において、
医療者間で適切なタイミングで連携を取ることに
必要性を指摘している²⁴⁾。外来化学療法センター
で培われた医療者とがん患者の関係性、およびそ
の過程で得られた包括的な患者理解を、部署や職
種をこえて多職種で共有することは重要な意義を
もつ。これにより、患者の価値観や生活背景を踏
まえた支援について、医療チームが共通の認識を
もってケアを提供することが出来るようになる。
このような多職種間連携を通じて、治療終了後も
がん患者が孤立することなく、自分らしく生きて
いくための支援環境を築くことにつながる。

以上、患者と看護師の症状評価に差がある場合
における、がん薬物療法に携わる経験の中央値が
20年である、経験豊富な外来化学療法センター看
護師の実践知として3つの視点が導かれた。外来
化学療法センター看護師は、自身とがん患者の症
状評価に差が生じる理由を、患者と丁寧に対話を
重ねることによって探求する。この対話のプロセ
スこそ、患者の価値観や生活背景を踏まえた、そ
の人らしい支援のあり方について検討する看護実
践である。そして、包括的な患者理解に基づく支
援こそ、がん患者のQOLや症状緩和を実現する
鍵であると考ええる。さらに、限られた時間の中
で患者を包括的にアセスメントし支援の方略を練
る外来化学療法センター看護師の知恵と技を共有
することで、より良いがん薬物療法看護の実践に貢
献できると考える。

本研究の限界と今後の課題

本研究は単施設による調査であることや研究参
加者5名による限定的な経験から導かれた結果で
あり、外来化学療法センター看護師のがん患者の
問診に関する実践知として一般化することには限
界がある。しかし、本研究で得られた「医療者と
がん患者の症状評価に差が生じる理由を探求す
ることが、患者を深く理解するための一つの契機と
できる」という実践知は、がん薬物療法をうける
がん患者を支援する看護師に適応可能な知見であ
ると考える。今後は参加施設や対象者を拡大し、
広く一般化できるものとしていくことが課題であ
る。

結 論

外来化学療法センター看護師は、問診前に有害
事象の出現時期を想起する、前回治療時の症状と
支持療法とケアを確認する、問診前に看護師が想
起した症状評価と患者の症状評価の違いをアセス
メントの鍵とするという3つの実践を通して限ら
れた時間で患者の全体像をとらえるための準備と
していた。そして、患者との対話と包括的なアセ
スメントを通して、患者の望みや価値観を大切に
した生活の再構築の実現を目指す支援を行ってい
た。また、患者の支援体制全体を包括的にアセス
メントしながら、患者の療養環境や支援体制を組
織横断的にマネジメントしていた。

謝 辞

本研究の実施にあたりご協力いただいた研究参

加者の皆様および看護管理者の皆様、研究実施施設のスタッフの皆さまに心より感謝申し上げます。特に、研究計画の立案からデータ収集と分析において、椎名友恵氏、倉光直美氏、菅野和恵氏、泉百合氏にお力添えいただきました。また、論文の執筆をご指導いただいた横浜市立大学大学院医学研究科看護学専攻の玉井奈緒教授に深く感謝を申し上げます。本研究の一部は第28回日本緩和医療学会学術大会で発表した。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- 1) 国立がん研究センター：集計表ダウンロード 3. 生存率地域がん登録によるがん生存データ (1993～2011年診断例) (5年相対生存率), [オンライン, https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/data/dl/index.html#a30], がん情報サービス (2. 17. 2026)
- 2) 厚生労働省: 社会医療診療行為別統計, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/26-19c.html>], 厚生労働省 (3. 18. 2023)
- 3) 厚生労働省：事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドラインについて, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11200000-Roudoukijunkyouku/0000115263.pdf>], 厚生労働省 (11. 4. 2023)
- 4) 中混子, 大石ふみ子, 大西和子：外来化学療法患者の苦痛と困難に関する看護師と患者の認知の比較と看護のあり方, 三重看護学誌, 9, 41-54, 2007. <https://mie-u.repo.nii.ac.jp/record/4531/files/AA113538240090007.pdf> (8. 20. 2025)
- 5) 日本希少がん患者会ネットワーク：見えてきた 私たち、がん患者が直面していることー2022年「がん患者アンメットニーズ (患者目線の医療ニーズ) 調査」より, [オンライン, https://rarecancersjapan.org/jp/wp-content/uploads/2023/02/rcj_umn230120fin.pdf], 日本希少がん患者会ネットワーク (11. 4. 2023)
- 6) 布川真記, 古瀬みどり：外来化学療法患者の治療継続過程におけるセルフケア行動, 日本看護研究学会雑誌, 32(2), 93-100, 2009. doi:10.15065/jjsnr.20081204009 (5. 19. 2025)
- 7) 浅海くるみ, 村上良恵：薬物療法中に複数の症状を抱えた転移・再発乳がん患者の予後を見据えた外来看護の実践と困難, 日本がん看護学会誌, 35, 1-9, 2021. doi:10.18906/jjnsn.35_1_asaumi (5. 19. 2025)
- 8) 厚生労働省：特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001293315.pdf>], 厚生労働省 (8. 26. 2025)
- 9) 佐藤まゆみ, 小西美ゆき, 菅原聡美, 他：がん患者の主体的療養を支援する上での外来看護の問題と問題解決への取り組み, 千葉大学看護学部紀要, 25, 37-44, 2003. <https://opac.ll.chiba-u.jp/da/curator/900020581/KJ00000117730.pdf> (5. 19. 2025)
- 10) 佐藤正美, 金田一理香, 末永由理, 他：外来看護に関する研究の動向と課題, 川崎市立看護短期大学紀要, 8(1), 85-96, 2003. <https://kawa-ccon.repo.nii.ac.jp/record/332/files/KJ00000725492.pdf> (8. 20. 2025)
- 11) 永井良三, 田村やよび監修：看護学大辞典(第6版), メヂカルフレンド社, 2134, 東京
- 12) Basch E: The missing voice of patients in drug-safety reporting, *The New England Journal of Medicine*, 362(10), 865-869, 2010. doi:10.1056/NEJMp0911494 (5. 19. 2025)
- 13) Sonn GA, Sadetsky N, Presti JC, et al.: Differing perceptions of quality of life in patients with prostate cancer and their doctors, *The Journal of Urology*, 182, 2296-2302, 2009. doi:10.1016/j.juro.2009.07.027 (5. 19. 2025)
- 14) Bengtsson M.:How to plan and perform a qualitative study using content analysis, *Nursing Plus Open*, 2, 8-14, 2016. doi:10.1016/j.npls.2016.01001 (8. 25. 2025)
- 15) Saunders B, Sim J, Kingstone T, et al.: Saturation in qualitative research:exploring its conceptualization and operationalization, *Quality & Quantity*, 52(4), 1893-1907, 2018. doi:10.1007/s11135-017-0574-8 (8. 25. 2025)
- 16) 磯本暁子, 名越恵美, 若崎淳子, 他：外来がん化学療法に携わる看護師によって語られた看護実践と課題, 新見公立大学紀要, 32, 43-50, 2011. https://niimi-c.repo.nii.ac.jp/record/339/files/32_07.pdf (5. 19. 2025)
- 17) Basch E, Deal AM, Kris MG, et al.:Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes

- During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial, *Journal of Clinical Oncology*, 34(6), 557–565, 2016. doi:10.1200/JCO.2015.63.0830 (8. 25. 2025)
- 18) Arving C, Sjöden PO, Bergh J, et al.: Individual psychosocial support for breast cancer patients: a randomized study of nurse versus psychologist interventions and standard care, *Cancer Nursing*, 30(3), E10–E19, 2007. doi:10.1097/01.NCC.0000270709.64790.05 (5. 19. 2025)
- 19) 米田美和, 福田敦子, 矢田眞美子, 他: 外来化学療法を受ける患者の意思決定への関わり—消化器癌患者の抱えるジレンマに焦点をあてて—, *神戸大学医学部保健学科紀要*, 18, 123–130, 2002. doi:10.24546/00333031 (5. 19. 2025)
- 20) 岡本恵, 今井芳枝, 板東孝枝, 他: がん遺伝子パネル検査で新たな治療に至らず現行のがん治療を継続していくときのがん患者の折り合い, *日本がん看護学会誌*, 37, 52–59, 2023. doi:10.18906/jjscn.37_52_okamoto (5. 19. 2025)
- 21) 今井洋子, 神田清子: 最後の標準治療を伝えられた再発・進行がん患者の揺らぎから自己決定に至るプロセス, *日本がん看護学会誌*, 34, 26–35, 2020. doi:10.18906/jjscn.34_imai_20200325 (5. 19. 2025)
- 22) 佃志津子, 大川一郎: がん「折り合う」ことに関する研究, *筑波大学心理学研究*, 58, 93–103, 2020. https://tsukuba.repo.nii.ac.jp/record/54291/files/TPR_58-93.pdf (8. 20. 2025)
- 23) 坂根可奈子, 長田京子, 福間美紀: 外来化学療法を受けるがん患者が生活の中で大切にしていることを支える看護プロセス, *日本がん看護学会誌*, 31, 191–200, 2017. doi:10.18906/jjscn.31_sakane_20171010 (5. 19. 2025)
- 24) 前田智美, 京田亜由美, 飯嶋由美, 他: 外来化学療法における看護師のがん治療継続を再考する時期の判断と行動, *Palliative Care Research*, 18(4), 273–281, 2023. doi:10.2512/jspm.18.273 (5. 19. 2025)

研究報告

地域在住高齢者のeスポーツ体験における 認知機能への影響：パイロットスタディ

Effects of eSports Experience on Community-Dwelling Older Adults' Cognitive Function : A Pilot Study

嶋 雅奈恵¹⁾, 米澤 洋美¹⁾, 塚田 久恵¹⁾, 室野 奈緒子¹⁾
金子 紀子²⁾, 石原 亜美³⁾, 角谷 美幸⁴⁾, 寺田 恵理⁵⁾
西 紅羽⁶⁾, 橋本 千愛⁷⁾, 橋本 知佳⁷⁾, 宮下 春菜⁷⁾
加藤 克典⁸⁾, 大貝 和裕¹⁾, 峰松 健夫¹⁾

Kanae Shima¹⁾, Hiromi Yonezawa¹⁾, Hisae Tsukada¹⁾, Naoko Muro¹⁾
Noriko Kaneko²⁾, Ami Ishihara³⁾, Miyuki Sumiya⁴⁾, Eri Terada⁵⁾
Kureha Nishi⁶⁾, Chiaki Hashimoto⁷⁾, Chika Hashimoto⁷⁾, Haruna Miyashita⁷⁾,
Katsunori Kato⁸⁾, Kazuhiro Ogai¹⁾, Takeo Minematsu¹⁾

¹⁾ 石川県立看護大学, ²⁾ 金沢医科大学公衆衛生学, ³⁾ 白山市いきいき健康課
⁴⁾ 常滑市健康推進課, ⁵⁾ 金沢市泉野福祉健康センター, ⁶⁾ 宝達志水町健康福祉課
⁷⁾ 石川県立中央病院, ⁸⁾ 金沢大学附属病院

¹⁾ Ishikawa Prefectural Nursing University
²⁾ Department of Epidemiology and Public Health, Kanazawa Medical University
³⁾ Well-being Health Section, Hakusan City, ⁴⁾ Health Promotion Section, Tokoname City
⁵⁾ Izumino Welfare and Health Center, Kanazawa City
⁶⁾ Health Welfare Section, Hodatsushimizu Town
⁷⁾ Ishikawa Prefectural Central Hospital, ⁸⁾ Kanazawa University Hospital

キーワード

eスポーツ, 高齢者, 認知機能, MCI

Key words

eSports, older adults, cognitive function, mild cognitive impairment

連絡先：嶋 雅奈恵

石川県立看護大学

〒929-1210 石川県かほく市学園台1-1

要 旨

本研究の目的は、地域在住高齢者を対象にeスポーツを行い、認知機能への影響を明らかにすることである。Y市在住65歳以上高齢者19名を対象とし、ぶよぶよeスポーツを週1回、計4回実施した。介入前後で、前後比較した。測定項目は、認知機能を評価する日本語版Montreal Cognitive Assessment (MoCA-J)である。MoCA-J総得点及び下位項目は、対応のあるt検定を行った。結果、介入後は介入前よりMoCA-J総得点が有意に高かった ($p < 0.05$)。また、MoCA-J下位項目のうち、「遅延再生」の得点において、介入後は介入前より有意に高かった ($p < 0.05$)。つまり、ゲーム体験による介入によって「記憶」の改善が図られていることが明らかになった。以上より、eスポーツが地域在住高齢者の認知機能への改善に寄与している可能性が示唆された。

はじめに

人口の高齢化の進展に伴い、日本の認知症高齢者は年々増加している。2022年認知症高齢者は443万人であったが、2040年には約584万人に達すると推計されている¹⁾。また、軽度認知障害(Mild Cognitive Impairment; 以下、MCI)のある高齢者は、2022年には約556万人、2040年には約613万人に達すると推計されている¹⁾。地域では認知症予防対策として「認知症予防教室」等を開催し、高齢者における運動実践が認知機能の維持や向上に効果があると報告されている²⁾。また加齢に伴う認知機能の低下を遅延させるため、これまで多くの介入研究が行われてきた³⁾⁴⁾。しかし、運動による介入は対象者の興味や運動意欲、さらに実用性や継続性において課題が指摘されている⁵⁾⁶⁾。

近年、コンピュータゲームやビデオゲームを用い、対戦相手と個人またはチームで競い合うスポーツ競技でelectronic sports (以下、eスポーツ)が高齢者の健康増進を図るための手段として、高齢者とeスポーツの関係が注目されている⁷⁾⁸⁾。eスポーツは身体機能や年齢や性別を問わず行えるため、従来の運動実践の課題を解消し、高齢者も取り組みやすいことが利点であり、eスポーツによる認知機能への維持や向上が図られるのではないかと考えた。

そこで本研究では、地域在住高齢者を対象にeスポーツを行い、認知機能への影響を明らかにすることとした。

目 的

eスポーツを用い、65歳以上の地域在住高齢者において、eスポーツによる認知機能への影響を明らかにすることである。

方 法

1. 研究デザイン

本研究は、eスポーツ体験前後における認知機能(日本語版Montreal Cognitive Assessment: MoCA-J)を比較する一群前後比較研究である。

2. 研究対象者

Y市X老人福祉センターに通所し、ゲーム機のボタン操作ができる65歳以上の地域在住高齢者23名を調査対象とした。市販のゲーム機を使用するため、視力低下や聴力低下によるゲーム機使用が困難な者や日常的な意思疎通が困難な者は除外した。

3. 研究期間

2023年8月～9月

4. 研究対象者のリクルート方法

Y市の長寿介護課及びX老人福祉センター職員に地域住民に対する参加の呼びかけを依頼し、協力を得た。2023年7月に説明会を実施し、X老人福祉センターにて、研究目的、方法、研究参加・不参加の自由、同意撤回の方法や時期等について説明を行った。

5. データ収集方法

1) eスポーツの実施

eスポーツ実施期間は2023年8月23日から9月13日までの約1か月間で、週1回の計4日間実施した。設定した4日間に参加できない対象者には、予備日2日間を設け、参加を促した。週1回程度の通いの場への参加が、認知機能の促進に一定の効果をもたらすことが報告されている⁹⁾¹⁰⁾ことからeスポーツの実施回数は週1回とした。eスポーツ体験は、午前10時から正午までの時間帯に実施し、対象者の都合に合わせて柔軟に参加できるよう配慮した。

ゲームの難易度は5段階(最も簡単なものから激甘、甘口、中辛、辛口、激辛)で構成され、e

スポーツ体験2回目までは研究対象者全員に1番易しい段階である「激甘」で実施し、3回目からの難易度は対象者の自由選択とした。eスポーツ体験の方法は、まず3分間を2回行い、その後、他の研究対象者と2本先取の試合を行った。ゲーム内容については、最初に最も簡単な難易度を実施することで、対象者がストレスや不安を感じることなくeスポーツに取り組めるよう配慮した。2回目以降は自由選択制とし、対象者自身による難易度の選択を可能とすることで、自己決定感を高め、モチベーションの向上および主体的な参加を促した。また、3分間を2回実施した後に対戦を行う構成は、eスポーツに徐々に慣れてから本番に臨むという段階的な導入により、緊張の緩和とスムーズな参加を意図したものである。これらの工夫は、対象者の心理的負担を最小限に抑えつつ、最大限の介入効果を引き出すことを目的とした。

2) 測定の実施

測定会はeスポーツ前後に実施した。測定日は、対象者が高齢者であり、実施期間が夏季であったことから、対象者の身体的負担を軽減し、熱中症を予防することを考慮した。また、介入直後の一時的反応ではなく、ある程度定着した効果を確認するために設定した。MoCA-J公式マニュアルにおいて、同じ対象者に実施する場合は、学習効果の可能性を低減するために、実施間隔が十分に空いていることを確認する必要があると明記されている。実施間隔が1か月でも再検査において有意な学習効果はないことが示されている¹¹⁾ため、本研究では1か月間あけて実施した。

6. 測定方法

測定方法は、生活状況（健康状態、心の健康状態、食習慣、認知機能、社会参加、ソーシャルサポート）に関する自記式質問紙調査、認知機能を評価するMoCA-Jを用いた。

1) 自記式質問紙調査

自記式質問紙調査は、「後期高齢者の質問票」15項目¹²⁾のうち8項目（④口腔機能、⑤体重変化、⑥運動・転倒、⑧喫煙を除く）を用いた。後期高齢者医療制度の健康診査は、特定健康診査（以下、特定健診）の検査項目に準じて実施しており、質問票についても特定健診に準じた標準的な質問票を活用してきた。令和2年度に後期高齢者医療制度における「後期高齢者の質問票」として、フレイル等の高齢者の特性を踏まえ、健康状態を総合的に把握することを目的とした質問票が示された。

質問項目は①健康状態、②心の健康状態、③食習慣、④口腔機能、⑤体重変化、⑥運動・転倒、⑦認知機能、⑧喫煙、⑨社会参加、⑩ソーシャルサポートの10類型に整理され、高齢者の回答への負担等も考慮し、質問数は15項目で構成されている。「後期高齢者の質問票」は高齢者の特性を踏まえた健康状態を総合的に判断することができる質問票として開発され、診療や通いの場等においても質問票を用いて健康状態を評価することが期待されており、参考とした。本研究では、対象者のゲーム介入前後の生活状況の変化をみる指標として用いた。

2) MoCA-J

MoCA-Jは、個別面接式認知機能検査である。事前に研究者らはMoCA COGNITIONサイト¹¹⁾に登録し、約1時間の公式トレーニングを受けて認定を受けた。MoCA-Jは個別面接式で行われることから、研究対象者が集中できる環境を整え、「モントリオール認知評価検査（MoCA）バージョン8.1実施と採点についての説明」に従って対象者に教示し、15分程度の個別面接式で認知機能を検査した。MoCA-Jに含まれる内容は、数字とひらがなを交互に結んでいくTrail Making、図形模写（立方体・時計描写）、命名、注意（順唱・逆唱・Target Detection・計算）、言語（文の復唱・語想起）、抽象的思考、遅延再生、見当識の8項目からなり、それぞれの正誤を判定して30点満点で評価を行う。26点以上が健常であり、スコアが26点未満の場合、軽度認知障害の可能性はある。得点の算出には教育歴の影響を考慮しており、教育年数の合計が12年以下の場合、合計点数に1点を加えるという補正が行われる¹³⁾¹⁴⁾。スクリーニング検査には、他にMMSE（Mini Mental State Examination [ミニメンタルステート検査]）、HDS-R（Hasegawa Dementia Rating Scale-Revised [改訂長谷川式簡易知能評価スケール]）などがあり、MoCA-JはMMSEやHDS-Rに比べ、注意・遂行機能評価が多く盛り込まれており、記憶評価課題の難易度が高いという特徴がある¹⁴⁾。またMoCA-Jは特殊な道具を使用せずに実施でき、短時間の簡便な評価が可能である¹⁵⁾。さらに、MCI鑑別の有効性ととも信頼性や妥当性などの検査としての有効性が示されている¹³⁾。これらのことから、本研究では認知機能検査にMoCA-Jを選択した。

7. eスポーツの種類や機器

1) eスポーツの種類

e スポーツに該当する競技性のあるジャンルのゲームは多数存在している¹⁶⁾。本研究では、ゲームのルールと操作が比較的単純であるパズル系の同時対戦型ゲームに候補を絞った。上から落ちてくるピースを移動させるいわゆる「落ち物パズルゲーム」はある程度自分のペースで取り組めることから、高齢者との相性が良いといわれている¹⁷⁾。落ち物パズルゲームにはテトリス (TETORIS) シリーズ、ぷよぷよシリーズ、パズル&ドラゴンズなどがあるが¹⁸⁾、本研究では、対戦に特化したぷよぷよ e スポーツを選択した。ゲーム機は任天堂株式会社のNintendo Switchを用い、ソフトは「ぷよぷよ e スポーツ」を使用した (以下、ゲームとする)。

2) 機器

コントローラは、任天堂株式会社専用コントローラではなく、研究対象者が操作しやすいようテクノツール株式会社による直径12.5cmのビッグスイッチツイストをFlex Contorollerに繋げて使用した。モニターは、株式会社アイ・オー・データ機器製23.6型ワイド液晶ディスプレイを用いた。

8. 分析方法

分析対象者の基本属性と自記式質問紙調査および1日のゲーム体験人数は記述統計を行った。介入前後のMoCA-Jの総得点及び下位項目に対して、対応のある t 検定を行った。また、介入前のMoCA-Jの総得点をカットオフ値で2群に分け、介入後の各群における人数を集計した。

統計ソフトは統計解析ソフトIBM SPSS Statistics Ver.29.0を使用し、有意水準は $p < 0.05$ とした。

9. 倫理的配慮

本研究は石川県立看護大学倫理委員会の承認を得て実施した (承認番号: 第2023-233号)。対象者には研究目的、方法、参加は自由意思であること、得られたデータは研究目的のみに使用し、統計的に処理されること、同意後も辞退が可能であり、辞退しても不利益とならないことを文書及び口頭で説明し、書面にて同意を得た。

結 果

1. 基本属性 (表1)

研究同意の得られた23人のうち、介入前後の測定会に参加していない4人を除外した19人とした。性別は男性4人 (21.1%)、女性15人 (78.9%) であった。平均年齢は 77.8 ± 5.1 歳であった。ゲーム経験がある者は12人 (63.7%)、ない者が7人 (36.8%)

表1 基本属性

	人数		割合
	男	女	
性別	4	15	21.1% 78.9%
平均年齢 (歳)			77.8 ± 5.1
これまでのゲーム経験	有	12	63.2%
	無	7	36.8%
本研究における介入以外に個人としてのeスポーツの経験	有	1	5.3%
	無	18	94.7%

であった。本研究における介入以外に個人としてゲームを行った者は1人 (5.3%) であった。

2. 生活状況 (表2)

後期高齢者の質問票15項目のうち、8項目を質問調査した。「健康状態」は、介入前に「よい」「まあよい」は、7人 (36.8%) に対して、介入後は12人 (63.2%) であった。「認知機能」は、「周りの人から「いつも同じことを聞く」など物忘れがあるとされたことがありますか」に「いいえ」は18人 (94.7%) であった。「今日が何月何日か分からない時がありますか」に「いいえ」は18人 (94.7%) であった。「食習慣」、「社会参加」、「ソーシャルサポート」は介入前後ともに「はい」は19人 (100%) であった。

3. 1日あたりのゲーム体験人数 (表3)

ゲーム体験は全員4回である。8月23日は21人、8月25日 (予備日) は11人、8月28日は20人、9月6日は18人、9月11日 (予備日) は6人、9月13日は12人であった。

4. 介入前後の比較

1) MoCA-J

MoCA-J総得点における平均値は介入前 23.6 ± 2.3 点、介入後 25.6 ± 2.0 点であり、介入後は介入前より有意に高かった ($p < 0.05$)。MoCA-J下位項目のうち、「遅延再生」の得点において、介入後は介入前より有意に高かった ($p < 0.05$) (表4)。軽度認知機能低下を示す25点以下群は、介入前は15人、そのうち介入後は9人と6人減少した。健常を示す26点以上群は6人であった。介入前に健常を示す26点以上群の4人は、介入前後ともに全員健常群であった (表5)。

考 察

1. 対象集団の特性

表2 生活状況

n=19

類型	質問	回答	介入前		介入後	
			人	%	人	%
健康状態	あなたの現在の健康状態はいかがですか	よい	5	(26.3)	7	(36.8)
		まあよい	2	(10.5)	5	(26.4)
		ふつう	11	(57.9)	7	(36.8)
		あまりよくない	1	(5.3)	0	(0.0)
心の健康状態	毎日の生活に満足していますか	満足	11	(57.9)	12	(63.2)
		やや満足	8	(42.1)	7	(36.8)
食習慣	1日3食きちんと食べていますか	はい	19	(100.0)	19	(100.0)
認知機能	周りの人から「いつも同じことを聞く」 など物忘れがあるとされますか	はい	1	(5.3)	1	(5.3)
		いいえ	18	(94.7)	18	(94.7)
	今日が何月何日かわからない時が ありますか	はい	1	(5.3)	0	(0.0)
		いいえ	18	(94.7)	19	(100.0)
社会参加	週に1回以上は外出していますか	はい	19	(100.0)	19	(100.0)
	ふだんから家族や友人と付き合いが ありますか	はい	19	(100.0)	19	(100.0)
ソーシャルサポート	体調が悪いときに、身近に相談できる 人がいますか	はい	19	(100.0)	19	(100.0)

表3 1日あたりのゲーム参加人数

日付	8月23日	8月25日	8月28日	9月6日	9月11日	9月13日
	予備日			予備日		
参加人数(人)	21	11	20	18	6	12

表4 MoCA-Jの総得点及び下位項目の変化

n=19

MoCA-J(点)	介入前	介入後	p値
総得点	23.6±2.3	25.6±2.0	0.009*
視空間/実行機能	4.2±0.8	4.4±0.8	0.204
命名	2.8±0.5	2.9±0.2	0.268
注意	4.7±0.8	4.9±0.8	0.309
言語	1.1±0.7	0.9±0.8	0.494
抽象概念	1.7±0.6	1.9±0.2	0.096
遅延再生	2.5±1.8	3.6±1.4	0.007*
見当識	5.9±0.3	6.0±0.0	0.163

平均値±標準偏差

*p<0.05

表5 MoCA-Jの介入前後の得点変化

n=19

介入前		介入後	
25点以下 (軽度認知障害疑い)	15	25点以下 (軽度認知障害疑い)	9
		26点以上(健常)	6
26点以上(健常)	4	25点以下 (軽度認知障害疑い)	0
		26点以上(健常)	4

本研究の対象者は、広域連合における後期高齢者の質問票回答者（75～84歳¹⁹⁾と比較して、社会参加やソーシャルサポートが高く、地域との交流のある集団と考えられた。しかし広域連合では、「周りの人からいつも同じことを聞く」と回答した割合は13.8%に対して、本研究では5.3%と低かった。また、「日付が分からない時がある」と回答した割合は22.3%に対して、本研究では5.3%と低かった。このことから、本研究の対象者集団は、認知機能の低下に関する自覚は一般的な集団より低い集団と考えられた。

2. 認知機能への効果と課題

MoCA-Jの総得点の平均値は、介入前より介入後の平均値が有意に高かった ($p < 0.05$)。介入前のMoCA-Jの総得点が25点以下群は15人 (78.9%) であり、介入後のMoCA-Jの総得点が25点以下群は9人 (47.4%) であった。介入後の健常群 (26点以上) は、6人 (31.6%) 増加したが、介入前では、MCIと疑われる割合が7割以上と高かった。鈴木 (2014) の研究においても、健常高齢者においてMCIが疑われる割合は6割であり、地域におけるMCIスクリーニングにおいて本研究と同じく高い結果を示した。認知機能低下の自覚を有する者は低かったが、介入前のMoCA-Jの総得点は7割以上の対象者が25点以下と低かった。これは先行研究と同様に、主観的な認知機能とMoCA-Jの結果に大きくずれが生じていることを示している。MCIは適切な予防をすることで、健常な状態に戻る可能性があり²⁰⁾、改めて認知機能低下を自覚する前の早めの対策が認知症予防の鍵となるといえる。

田代ら (2019) は、地域在住高齢女性48人のMoCA-Jの総得点における平均値は 20.1 ± 4.6 点で、25点以下が44人 (92%) であったと報告している²¹⁾。本研究の平均年齢は、 77.8 ± 5.1 歳であったが、田代ら (2019) では、平均年齢は 83.8 ± 5.2 歳と高かった。積山 (2019) らは、加齢による認知機能低下は67歳以降に緩慢に低下していく²²⁾ことから、年齢によってMCIが疑われる割合が高くなることを示している。また、地域におけるMCIスクリーニングを行う際は、健常高齢者とMCI高齢者との鑑別において、記憶愁訴や抑うつ傾向など心身や生活状況等の項目と合わせて慎重に判断する必要があると考えられる²³⁾。

水國 (2022) は、65歳以上の地域在住高齢者を対象とし、ぷよぷよeスポーツを用いて検証している。介入群 (eスポーツによる認知トレーニング

実施群) において、選択的注意と集中力を評価するストループ検査 (ストループ課題: 平仮名の文字の色を答える問題と逆ストループ課題: 平仮名で書かれた文字を答える問題) の正答数と、認知機能を総合的に評価するための検査であるTrail Making Testが非介入群に比べ有意に高かったことから、全般性注意機能の向上があったと報告している¹⁶⁾。本研究では、注意・遂行機能には有意な差はみられず、介入前後のMoCA-J下位項目のうち、「遅延再生」の得点において有意な差がみられた ($p < 0.05$)。福田 (2020) らは、記憶評価課題の正答率は認知機能正常者も含めすべての群で低かったが、認知機能正常者、MCI、認知症の順で顕著に低下していた¹³⁾と報告している。MoCA-Jの記憶評価課題は、認知機能正常者においても正答率が低く難易度が極めて高い検査である。しかしながら、本研究においては、「記憶」の改善がみられた。ゲーム対戦は、注意・記憶・遂行機能を刺激する認知課題であり、間隔反復理論によると、特に短時間で繰り返し行うことにより、記憶の定着を促進する効果があるとされている²⁴⁾。また、熊本県美里町におけるeスポーツを利用した高齢者における介護予防効果の実証実験においても、介入後に対象者の「記憶」の改善が図られていることが報告されている²⁵⁾。これは、手を使うことで前頭葉の脳血流が増加すること、そしてゲームは、プレイ中に方向ボタンや回転ボタンにて操作できる2つ1組の色ぷよを「組ぷよ」と呼び、この次に落ちてくる「組ぷよ」の記憶が必要であるため、毎回記憶課題に取り組んでいることが効果を現わしたのではないかと報告している²⁵⁾。このことから、ゲーム対戦により記憶を活性化し「遅延再生」の得点に良い影響を与えたと考えられる。

水國 (2022) は、eスポーツ実施前後の検査は2か月の期間をあけて認知機能を測定している¹⁶⁾。MoCA公式サイト¹¹⁾によると、測定から再測定の期間が学習効果の大きくない1か月であっても性能は非常に良好であること、3か月以内ごとに繰り返し行われるときに学習効果が発生する可能性があるとの旨が記載されている。本研究では、介入前から介入後検査の期間が約1か月であった。このことから、点数変化に影響した要因や学習効果 (再測定による検査慣れ) の有無などを詳細に把握するためには、先行研究と同様、ゲーム実施群とゲーム未実施群のように対象者を分けて検証する必要がある。

研究の限界

本研究は、一群前後比較介入研究であるため、ゲーム実施群とゲーム未実施群の2群に分けて研究していく必要がある。また、ゲーム未実施群を設定するだけでなく、ゲーム介入の効果を明らかにするためには、他の影響因子（年齢、教育歴、ゲーム以外の余暇活動、身体活動等）を考慮した分析を行い、交絡の影響を統計的に調整していく必要があると考える。

結 論

本研究では、65歳以上の地域在住高齢者のMoCA-J総得点の平均値は介入前に比べて介入後に有意に高かった。また、MoCA-J下位項目のうち、「遅延再生」の得点が介入前に比べて介入後に有意に高かった。つまり、ゲーム体験による介入によって「記憶」の改善が図られていることが明らかになった。eスポーツが地域在住高齢者の認知機能への改善に寄与している可能性が示唆された。また、認知機能低下の自覚を有する者は低かったが、介入前のMoCA-Jの総得点は7割以上の対象者が25点以下と低く、認知機能低下を自覚する前に認知症予防への対策を講じる必要性が改めて示された。

謝 辞

本研究を行うにあたり、快く参加・協力してくださった対象者の皆様及び調査施設の職員の皆様に感謝申し上げます。

利益相反

なお、本研究において開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 厚生労働省：認知症および軽度認知障害(MCI)の高齢者数と有病率の将来推計, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/content/001279920.pdf>], 厚生労働省 (10. 1. 2024)
- 2) Sanders LMJ, Hortobágyi T, la Bastide-van Gemert S, et al.: Dose-response relationship between exercise and cognitive function in older adults with and without cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 14(1), 1–24, 2019. doi:10.1371/journal.pone.0210036 (2. 13. 2026)
- 3) Palmer RC, Batra A, Anderson C, et al.:

Implementation of an evidence-based exercise program for older adults in South Florida. *Journal of aging research*, 2016(1), 1–7, 2016. doi:10.1155/2016/9630241 (2. 13. 2026)

- 4) Zubala A, MacGillivray S, Frost H, et al.: Promotion of physical activity interventions for community dwelling older adults: A systematic review of reviews. *PloS One*, 12(7), 1–36, 2017. doi:10.1371/journal.pone.0180902 (2. 13. 2026)
- 5) Nakamoto H, Yoshitake Y, Takai Y, et al.: Knee extensor strength is associated with Mini-Mental State examination scores in elderly men. *European Journal of applied physiology*, 112(5), 1945–1953, 2012
- 6) Jirayucharoensak S, Israsena P, Pan-Ngum S, et al.: A game-based neurofeedback training system to enhance cognitive performance in healthy elderly subjects and in patients with amnesic mild cognitive impairment. *Clinical interventions in aging*, 14, 347–360, 2019. doi:10.2147/cia.s189047 (2. 13. 2026)
- 7) 佐美俊輔：地方都市における「eスポーツ」を活用したまちづくりへの試論～「サードプレイス」論を手掛かりに～, 稚内北星学園大学紀要, 22, 81–99, 2021
- 8) さいたま市民シルバーeスポーツ協会：[オンライン, <https://www.sankei.com/article/20211110-D6TPHSSHPBLVDPDK3O7MLVN7Z4Q/>], さいたま市民シルバーeスポーツ協会 (2. 13. 2026)
- 9) 角田憲治, 尹智暎, 辻大士, 他：体力水準の異なる高齢者に対する、短期間、低頻度の運動介入の効果, 厚生学の指標, 58(2), 6–13, 2011
- 10) 山田正明：週1回程度「通いの場」に通うと、介護が必要な状態になりにくい高齢者の健診医療介護レセプトデータ分析より, [オンライン, <https://www.u-toyama.ac.jp/wp/wp-content/uploads/20240613.pdf>] (6. 13. 2024)
- 11) MoCA COGNITIONサイト：[オンライン, <https://mocacognition.com/faq/>], MoCA COGNITIONサイト (2. 13. 2026)
- 12) 厚生労働省：高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン(第2版), [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000557575.pdf>], 厚生労働省 (10. 2019)
- 13) 福田雅子, 中森正博, 今村栄次, 他：認知機能低下の鑑別における日本語版Montreal

- Cognitive Assessment (MoCA-J) の特性, 医学検査, 69(2), 527-533, 2020. doi:10.14932/jamt.20-8
- 14) 鈴木宏幸: MCIスクリーニングにおける Montreal Cognitive Assessmentの有用性と限界, 日本早期認知症学会誌, 7(2), 4-13, 2014
- 15) 鈴木宏幸, 藤原佳典: Montreal Cognitive Assessment (MoCA) の日本語版作成とその有効性について, 老年精神医学雑誌, 21(2), 198-202, 2010
- 16) 水國照充: 高齢者を対象としたeスポーツによる認知トレーニングの効果検証と参加意欲に関する研究, 国際ICT利用研究学会論文誌, 5(1), 3-16, 2022. doi:10.32188/jiars.5.1_1 (2. 13. 2026)
- 17) DIAMOND online: 「クソゲー」なぜ高齢者に人気? 健康維持で広がる“eスポーツ”の可能性, [オンライン, <https://diamond.jp/articles/-/322960>], DIAMOND online (6. 3. 2023)
- 18) ゲーム業界情報局byアミューズメントメディア総合学院: eスポーツで扱われているパズルゲームとは, [オンライン, <https://www.amgakuin.co.jp/contents/game/column/e-sports/about/puzzle-game>], eスポーツ (10. 28. 2023)
- 19) 厚生労働省: 第16回高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ資料, 参考資料4_津下構成員_提出資料, [オンライン, https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000199258_00036.html] 厚生労働省 (2. 13. 2026)
- 20) 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター: 「あたまとからだを元気にするMCIハンドブック」MCI(軽度認知障害)とは, [<https://www.ncgg.go.jp/ncgg-overview/pamphlet/documents/mcihandbook-v2.pdf>] (2. 13. 2026)
- 21) 田代大祐, 中原雅美, 田中香織, 他: 地域在住高齢者におけるMMSE・MoCA-Jを用いた認知機能の年代比較, 理学療法科学, 34(3), 331-335, 2019
- 22) 積山薫, 鈴木麻希: 加齢による認知脳機能の個人差拡大とその背景要因-研究方法への省察-, 基礎心理学研究, 38(1), 77-89, doi:10.14947/psychono.38.11 (2. 13. 2026)
- 23) 鈴木宏幸: 日本語版Montreal Cognitive Assessment (MoCA-J) の実施と解釈における留意点, 老年精神医学雑誌, 29(11), 1145-1149, 2018
- 24) Kensinger EA: Remembering the details: Effects of emotion, Emotion review, 1(2), 99-113, 2009
- 25) 株式会社熊本日日新聞社: eスポーツを利用した高齢者における介護予防効果の実証実験, [オンライン, <https://ux-project.jp/wp/wp-content/uploads/2024/03/03-%EF%BC%88%E6%9C%80%E7%B5%82%EF%BC%89%E7%86%8A%E6%9C%AC%E6%97%A5%E6%97%A5%E6%96%B0%E8%81%9E%E7%A4%BE.pdf>], 株式会社熊本日日新聞社 (10. 20. 2024)

特別講演

働きがいを高める看護実践の変革と創出 －ケア移行を支える看護提供方式の視点

座長 高木 眞優美（金沢赤十字病院 看護部長）

少子高齢化が進み生産年齢人口の割合の減少により、人口構造は大きく変化していくと予測されています。後期高齢者のさらなる増加は、認知症をはじめとする医療・介護の複合的なニーズを有する人々の増加につながり、医療・介護の需要はますます高まっています。一方で、働き手の不足はこれからの医療に大きな影響を与えます。2018年には「働き方改革関連法案」が交付され、多様で柔軟な勤務形態が広がり、DX推進等による業務の効率化が進められています。看護職を目指す人を増やし定着を図るためには、看護職が自身のやりたい看護が実践でき生き生きと働ける職場環境づくりが必要です。

また、2014年に地域医療構想が打ち出され、計画的な医療体制の整備が進められています。病床機能の整備が行われ、療養の場は病院から在宅等へ広がり、病院完結型の医療から地域完結型の医療へと大きく変化しています。急性期から回復期へそして在宅へと、受ける医療サービスによってケアの担い手が代わるため、地域における医療介護の関係機関が連携を強化し、シームレスな医療・ケアの提供が今後の課題と考えます。

今回の特別講演では、病と生きる人にとってのシームレスなケア移行を実現し、看護職にとってのモチベーションと働きがいにつながる看護提供方式の視点について、京都大学大学院医学研究科人間健康科学科系専攻教授任和子先生氏にご講演いただきました。ご講演の概要を抜粋してご紹介いたします。

1. 看護職のウェルビーイングと看護提供方式
看護職のウェルビーイングを大切にすることは看護師の確保・定着につながり患者に質の高いケアを提供する上で重要である。看護職自身が日々やりがいを感じ、心身ともに充実して働ける環境づくりが必要である。日本看護協会のマネジメントラダーでは、看護管理者に求められる能力とし

て「新たな看護サービスの提供方式・方法を提案・創造すること」が挙げられており、自施設にあった看護提供方式を選択し、課題を分析・アレンジしていかなければならない。

また、「看護の将来ビジョン2040」ではキーパーソンとしての多職種との協働について述べられており、患者の一番身近にいる医療者として看護職のリーダーシップが期待されていると学びました。

2. シームレスなケア移行

ケアプロセスとは患者が外来受診から入院して様々な治療やケアを受けて退院するまでの一連の流れを意味する。このケアプロセスの中でICUや病棟、透析室、手術室など医療サービスを受ける場所によってケア提供者が変わることをケア移行という。ケアプロセスにおけるシームレスなケア移行が重要であり、ケアプロセスを管理する人員の配置が望ましい。リーダーが連続して勤務することでケアプロセスを管理できるようになる。現在の看護提供方式の中で工夫していく必要があると学びました。

3. クリニカルナースリーダー

米国ではクリニカルナースリーダー（CNL）が配置されており、病棟全体のケアプロセスをマネジメントし質を改善する役割を担っている。スタッフナースではなく、看護師長と同等の立場で活躍している。患者に最良の医療サービスが行われているか確認し、多職種協働のケアを俯瞰しながら過不足や遅れがないかを管理する。日本でもそのような役割を果たす看護職の育成が必要となってきたと理解しました。

本講演は、今後の医療提供体制の変革に対応するために、自施設に適した看護提供体制を創出していくことの重要性について気づかせていただく機会となりました。時代が変わってもその人らしく生きることの支援に変わりはありません。ケア

プロセスをしっかり管理し、シームレスなケア移行を目指すとともに、看護職にとって働きがいのある職場環境づくりを期待いたします。最後にご

講演いただきました任和子先生に深く感謝申し上げます。

シンポジウム

看護提供方式の変革と創出の取り組み事例から 自組織の看護提供方式を再考する ～安全で質の高い看護実践の伝承を目指して～

コーディネーター 江藤 真由美 (石川県立中央病院 看護部長)
中田 智美 (石川県立中央病院 看護副部長)

看護提供方式とは、「入院病床を持つ医療施設において、複数の看護職により24時間切れ目なく患者をケアするために編成された看護単位の組織化の仕組み」¹⁾である。これまで、看護提供方式の目的は、患者ケアに主眼が置かれていたが、近年は部署の教育や業務効率化の方策として新たな看護提供方式が創出されるようになった。

看護提供方式の歴史を概観すると、2006年の診療報酬改訂により「7対1看護体制」が新設されたことを契機に、新人看護職員のOJTの拡充を目的とした新たな看護提供方式が次々と誕生した。

2009年に「Partnership Nursing System (以下PNS[®]と略す)」、2012年に「固定チームナーシングDPNS (デイパートナー方式)」、2013年には「セル看護提供方式[®]」が創出された。現在は、まさに看護提供方式の変革期である。

シンポジウムを企画するにあたり、まず、県内における「看護提供方式の実態調査」を行い、石川県立総合看護専門学校 教務主任 金田 明子先生より、調査結果を報告していただいた。回答が得られた31施設中、固定チームナーシングが14施設、セル看護提供方式[®]は7施設、PNS[®]は4施設であった。

また、「5年以内の看護提供方式の変更の有無」の問いについては、あったと答えたのは9施設。そのうち5施設(55.6%)がセル看護提供方式[®]への変更であった。セル看護提供方式[®]に変更した理由は動線や記録、配置の無駄を削減する目的であった。一方、業務分担の難しさも課題に挙がっていた。

そして、県内の動向を踏まえたうえで、以下3名のシンポジストから自施設の看護提供方式の見直し・導入の経緯や意図、看護実践の取り組みと

成果を発表していただいた。

1. 金沢医科大学病院 看護師長 大河 正美先生は「固定チームナーシングDPNSは、やりたいう看護をチームが支えて実践する、看護師が同じ方向を向いて看護実践することで、より質の高い看護を提供できる」と述べられた。

2. 福井大学医学部附属病院 副看護部長 野田 恵先生は「PNS[®]は、経験知(暗黙知)の伝承の場であり、日々の看護実践が教育そのもので、質の高い看護の提供につながる」と述べられた。

3. 国民健康保険 小松市民病院 看護部長 湯野 智香子先生は「セル看護提供方式[®]は、ブロック単位で指導や助言が交わされ、経験や知識の伝承にも有効である」と述べられた。

3名のシンポジストの発表から得た看護提供方式に関する多くの実践知は、私たちが自組織の看護提供方式を再考するための刺激となり、明日から取り組む糧になったと考える。

また、シンポジストの発表後に1. 管理者の役割や時間管理について、2. マインドの醸成についての質疑応答が行われた。シンポジウムでは多くの参加があり熱心な意見が交わされたことから、看護提供方式に対する関心の高さを実感した。

最後に、参加いただきました皆様に感謝申し上げます。参加された方々が、シンポジウムを機会としてとらえ、自組織が選択している看護提供方式を再考し、それぞれの施設で、安全で質の高い看護実践の伝承を目指していただくことを祈念します。

文 献

- 1) 一般社団法人日本看護管理学会 学術活動推進委員会編, 看護管理用語集(第3版), 一般社団法人日本看護管理学会, 東京

実践報告

わが病院看護自慢

「こころ」と「QOL」に着目した身体拘束最小化

中村 克仁

石川県立こころの病院

日 時：2025年3月10日(月) 15:00~16:30

開催方法：webによるオンライン開催

参加者：15名

内 容：1. わが病院の特徴と身体拘束最小化への取り組み自慢
2. 「こころ」と「QOL」に着目した身体拘束最小化の自慢事例紹介
3. 謝辞

1. わが病院の特徴と身体拘束最小化への取り組み自慢

わが病院は平成10年度より石川県精神科救急医療システムの基幹病院として、24時間365日体制で精神科救急患者を受け入れている。入院治療では早期退院を目指した集中的治療を実施し、退院後は地域の関係機関と連携しながら生活支援へつなげている。精神障害の有無や程度にかかわらず、地域で自分らしい生活を続けられる社会の実現に向け、厚生労働省は「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を理念として掲げている。当院もその理念を重視し、運用している。

わが病院は県立の精神科病院であるため、診療報酬上の認知症ケア加算などは対象外であるが、患者の人権を尊重し困難事例に対しても最良の医療や看護を提供することが常に求められている。

患者の人権を尊重した最良の医療や看護の提供を目指す上で、組織全体として身体拘束最小化を推進している点がわが病院の特徴であり自慢といえる。日本看護倫理学会の「身体拘束予防ガイドライン」では、「トップ（経営者・病院長・看護部長）が決断し、組織全体で取り組む」ことが身体拘束廃止の根幹であると示されている。その取

り組み自慢として、令和5年5月に病院長が「板テーブル廃止」を明確に宣言した。板テーブルは抑制具の中でも除圧困難や褥瘡リスク、尊厳の喪失など患者にとって多くの弊害があるためである。その決断は看護師長をはじめとするスタッフの安心感を生み、身体拘束最小化への意識を大きく強化した。そして令和5年10月1日、全病棟で板テーブルを完全に撤廃し、看護師長自らが焼却炉へ運搬し処分することで象徴的な決別の意思を示した。（写真①、②）このイベントは、単なる物理的撤去ではなく、「非人間的ケアからの脱却」を象徴するわが病院の身体拘束最小化への取り組みの重要な転換点となった。板テーブルの完全撤廃から現在は2年余り経過したが、私を含めたスタッフの身体拘束最小化への意識づけや、患者のQOLを最優先に考える身体拘束最小化支援がより一層強化された。

2. 「こころ」と「QOL」に着目した身体拘束最小化の自慢事例紹介

ここで、私が高齢者慢性期病棟で受け持ったA氏の事例を紹介する。A氏は70歳代女性で、中学卒業後の就労、結婚、子育てなど、社会的役割を経験してきた。昭和〇年頃より被害関係念慮が出

現し、平成△年には夫の病状悪化に伴うストレスからうつ状態、希死念慮がみられ当院へ初回入院となった。その後、幻聴や被害妄想が再燃して再入院を繰り返し、△+4年後には絞扼性イレウスで緊急手術を要した。薬物調整が難しい状況が続き、次第に認知機能低下 (MMSE 19点) がみられ、アルツハイマー型認知症の併発が疑われた。

認知症の進行とともに、幻聴や妄想、易怒性といった心身機能の障害が顕著となり、弄便・転倒などの活動の制限が生じた。また、他者との交流が減少し、病棟活動への参加も困難となるなど参加制約が強まった。肺炎や褥瘡などの廃用症候群も発生し、身体的にも精神的にも生活機能が大きく低下した。これらの複合的課題により、やむを得ずベッド4点柵やつなぎ服による身体拘束を断続的に行わざるを得ない状況となっていた。

私はまずA氏の行動背景にある「なぜ」を理解するため、ICFの視点から心身機能・活動・参加・環境因子・個人因子を総合的に捉えることを意識

した。

- 個人因子：A氏は人生歴から社会性が高く、他者との関わりを好む傾向があった
- 心身機能の障害：幻聴・妄想・認知機能の低下
- 活動の制限：排泄コントロール困難、歩行不安定、安静保持困難
- 参加の制約：病棟活動や集団療法への不参加、交流機会の喪失
- 環境因子：病棟内の安全確保、転倒リスク、褥瘡の発生、ケア提供体制

その中で、つなぎ服について、A氏は「息子から買ってもらった大切な服でとても気に入っている。」と話しており、これが心理的安定をもたらす環境因子として働いていた。このため、つなぎ服の使用が即「抑制度の高い行為で身体拘束にあたるからすぐに廃止すべきである」という画一的判断ではなく、A氏にとってのポジティブな環境因子として再評価した。抑制の解除そのものを目的とするのではなく、「環境因子の調整により活



写真①



写真②



写真③



写真④

動や参加をどう広げられるか」というICFの枠組みを基盤に考えた。褥瘡改善や身体機能維持のため、まずは活動（activity）として車いすで過ごす時間を拡大し、チームメンバーだけでなく、作業療法士・精神保健福祉士・主治医と有機的に連携し情報共有を行った。メンバーや多職種の「A氏が少しでもQOLが向上した生活を過ごしてほしい」という「ところ」は共通しており、その「ところ」を共有することで、治療や看護の方向性は自然と一致した。

A氏はつなぎ服のままでも多目的ホールや作業療法、音楽療法へ安全で意欲的に参加できていた。（写真③、④）参加（participation）が増えるにつれ、A氏の表情や会話が明らかに改善し、生活の広がりがみられた。日中の活動が増えることで夜間の睡眠も確保でき、精神症状も安定した。しばらくしてベッド柵による身体拘束は完全に解除され、A氏は「みんなと一緒にいれることが嬉しい。」と話すようになった。幻覚妄想や易怒性も目立たなくなって多床室で生活できるようになっ

た。その後も活動と参加を継続するうちに、つなぎ服を着用し続けることが恥ずかしいという「ところ」を再獲得し、つなぎ服も自然と解除するに至った。これは、ICFにおける参加の回復がA氏の生活機能とQOLの向上につながった例である。

現在私はA氏が所属する病棟の看護師長であるが、A氏は現在もつなぎ服を含めた一切の身体拘束はなく本人が望む活動や参加をしQOLを維持できている。今後も看護師長として身体拘束最小化のリーダーシップをしっかりと発揮し、患者一人ひとりの「ところ」に寄り添い「QOL」の維持・向上につなげていきたい。

3. 謝辞

今回の発表にあたり、看護実践学会「わが病院看護自慢」の開催にご尽力いただきました関係各位に深く感謝申し上げます。また、発表の機会と開催記事の執筆を賜りました学会事務局の皆様、ならびに日頃より温かいご支援とご指導いただきました石川県立こころの病院看護部の皆様に厚く御礼申し上げます。

看護実践学会専任査読者一覧

(2026年3月現在)

青木未来	鬼束和樹	木森佳子	中島由加里	松本智里
赤坂政樹	表志津子	紺家千津子	長田恭子	松本勝
浅田優也	鏡真美	坂本和美	中西容子	宮永葵子
荒井謙一	片山美穂	正源寺美穂	長山豊	向井加奈恵
石井和美	加藤あゆみ	須釜淳子	西本由美	村角直子
石川倫子	加藤真由美	臺美佐子	橋本智江	村田美穂
今田倫佳	金谷雅代	高田貴子	平松知子	村山陵子
上田映美	金松瑞代	高松朝男	廣田真由美	森野啓
上埜千春	釜谷友紀	田中浩二	藤川直美	山崎松美
内村恵里子	川島和代	谷口好美	藤田結香里	横野知江
浦井珠恵	川島由賀子	玉井奈緒	堀口智美	四谷淳子
大江真吾	北川奈美江	塚崎恵子	前田美幸	米田昌代
大江真人	北川麻衣	津田朗子	牧美晴	
大桑麻由美	北山未央	寺井梨恵子	松井希代子	(50音順)
冲田翔平	木下幸子	中川智絵	松井優子	

編集委員会

委員長：大桑麻由美（金沢大学医薬保健研究域保健学系）

委員：表志津子（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
木森佳子（公立小松大学保健医療学部）
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）
堀口智美（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
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）
正源寺美穂（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37巻 第2号

発行 令和8年3月31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)