

人間看護学研究

Journal of Human Nursing Studies

16
2018
March

人間看護学研究

No.16
March 2018

滋賀県立大学人間看護学部



滋賀県立大学人間看護学部

目次

巻頭言
甘佐 京子

研究ノート
家族と同居する高齢者の思いに関する質的研究
山口 舞, 平田 弘美 1

超重症児をもつ母親のNICU退院から小児専門病院受診に至るまでの体験
杉本 裕子, 松倉とよ美, 村田 敦子, 玉川あゆみ, 古株ひろみ 9

重症心身障害児の食に対する母親の思いとその支援に関する文献検討
村田 敦子, 平田 弘美, 古株ひろみ 19

一般病棟における看護師の教育背景と高齢患者への身体拘束に対する認識との関係
森野美由紀, 平田 弘美 27

介護老人保健施設に入所する高齢者の便秘に対する雑穀甘酒の有用性
山田 博子, 平田 弘美, 大矢みちこ, 松田 恵, 水本こずえ, 塚本 京子 35

認定看護師のキャリア発達に関する文献検討 (医学中央雑誌から)
西村 紀子, 窪田 好恵, 米田 照美, 伊丹 君和 41

日本の骨粗鬆症指導に関する文献検討
松井 宏樹, 平田 弘美 49

活動と資料
在宅看護学実習の学びに実習期間が与える影響 : 訪問看護ステーション実習における指導者の語りから
森本 安紀, 河野 益美 57

人間看護学研究投稿規定 67
原稿執筆要領 68

Contents

Foreword
Kyoko Amasa

Notes
Thoughts and feelings of older adults who were living with their families: a qualitative study
Mai Yamaguchi, Hiromi Hirata 1

The experience of mothers of a child with extremely severe motor and intellectual disabilities: From Neonatal Intensive Care Unit discharge to admission into a specialized medical children hospital
Hiroyuki Sugimoto, Toyomi Matsukura, Atsuko Murata, Ayumi Tamagawa, Hiromi Kokabu 9

Literature review on perceptions of food and food-related support among mothers of children with severe motor and intellectual disabilities
Atsuko Murata, Hiromi Hirata, Hiromi Kokabu 19

Relationships between nurses' recognitions regarding physical restraints and the nurses' education background in general ward settings
Miyuki Morino, Hiromi Hirata 27

Effects of millet amazake on constipation in residents of long-term care health facility
Hiroyuki Yamada, Hiromi Hirata, Michiko Ooya, Megumi Matsuda, Kozue Mizumoto, Kyoko Tsukamoto 35

A literature review of career development for certified nurse by the medical central magazine web version
Noriko Nishimura, Yoshie Kubota, Terumi Yoneda, Kimiwa Itami 41

Literature review of osteoporosis guidance for older people in Japan
Hiroyuki Matsui, Hiromi Hirata 49

Reports and Materials
The effects of practical training period on learning of home nursing practice : Consideration from the narrative of practice training instructors of home care nursing station
Aki Morimoto, Masumi Kono 57

人間看護学研究

編集委員長 越山 雅文
編集委員 甘佐 京子
川端 愛野
窪田 好恵
古株ひろみ
古川 洋子
安原 治

Journal of Human Nursing Studies

Editor-in-Chief Masafumi Koshiyama
Editors Kyoko Amasa
Yoshino Kawabata
Yoshie Kubota
Hiromi Kokabu
Yoko Furukawa
Osamu Yasuhara

人間看護学研究 第16号
発効日 2018年3月1日
発行 滋賀県立大学人間看護学部
〒522-8533 滋賀県彦根市八坂町2500
電話 0749-28-8631
ファックス 0749-28-9501

制作 有限会社 知人社

ISSN 1349-2721
School of Human Nursing
The University of Shiga Prefecture
2500 Hassaka, Hikone, Shiga, 522-8533 Japan
tel 0749-28-8631, fax 0749-28-9501

Production : Chijinsha.co., Ltd.

巻頭言



人間看護学部 学部長

あま さ きょう こ
甘 佐 京 子

日本語は、他の国の言語と比較すると、語彙数が圧倒的に多いといわれている。確かに英語で自分を示す言葉は「I」であるが、日本語では「わたし」「僕」「わたくし」「俺」「あたし」など複数あるうえに、おかれた状況により、その表現が変化することもある。このように様々な言葉があふれているこの国の2017年の流行語大賞に選出された言葉の一つに「忖度」がある。この言葉は、2017年度を賑わせたニュースの中で、再三取り扱われたものであるが、それを通してこの言葉を知った若者も少なくないはずである。「忖度」とは、「他人の心をおしはかって、相手に配慮すること（小学館大辞泉より）」とある。看護実践の様々な場面において、対象の思いをおしはかることは大切なことと認識されている。しかし、おしはかるというのは推し量ることであり、すなわち推測に過ぎない。「この状況ではAさんは不安に違いない」「今回のことで家族はつらい思いをされているかもしれない」と、対象の思いを推し量ることは必要であるが、看護が実践の科学である以上、それが真実か否かを確認したうえで、私たちは介入しなければならない。真実を見極めるために、直接対象に確認することはもちろんであるが、看護研究をもって自分の推測を確認することも一つの手段である。たまたま「忖度」したことが真実である場合もあるかもしれない。しかし、看護を学問として体系化していくためには「忖度」ができる看護師ではなく「真実を探求できる」看護師であるべきであろう。今回投稿された論文が抽出した真実は決して大仰なものではないかもしれないが、意味のない「忖度」よりも、その価値は十分大きいはずである。

研究ノート

家族と同居する高齢者の思いに関する質的研究



山口 舞¹⁾, 平田 弘美²⁾

¹⁾ 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

²⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

要旨 一般に高齢者の孤独は独居と結びつけられがちである。しかし、実際には家族と同居する日中ひとり暮らし高齢者においても孤独や不安を顕著に感じている例も少なくない。しかし、高齢者の孤独感に関する先行研究は数多く存在するものの、日中ひとり暮らし高齢者に焦点を当てた研究は少ない。本研究の目的は、家族と同居する後期高齢者に焦点を当て、どのような思いで日々を過ごしているのかについて明らかにすることである。本研究では、自宅で家族と同居し、配偶者がおらず、介護認定や認知症の診断を受けていない後期高齢者3名に半構成的面接を行った。その結果、家族と同居し、日中ひとりになる後期高齢者は、『現状への満足感』『気楽に暮らしたい』『今後、家族に負担がかかることへの懸念』『変化への戸惑い、寂しさ』などを感じながら生活していることが明らかとなった。本研究の対象者たちは、家族や周囲とのつながりのなかで、【家族や周囲の人々への感謝】や【社会的役割を果たせる喜び】を感じることで自己効力感が高まり、寂しさや孤独感が軽減されているのではないかとということが示唆された。

キーワード 孤独感、高齢者、家族と同居、質的研究

I. 背景

高齢者は、老化現象や退職、配偶者との死別などの喪失体験を通じて、孤独・抑うつ・不安・無力感などといった精神的反応が生じやすく、看護の必要性が指摘されている(井上・木村, 1993; 奥野・大西, 2001)。孤独感による健康への影響について、小澤(2005)は明らかな原因がないにもかかわらず、口腔内の異常を訴える高齢患者の症例研究を通じて、家族内での役割消失や人間関係、同居に伴う孤独感が症状発現に何らかの影響を与えてい

ると指摘している。このことから、孤独感が心身の健康と密接に関連していることがうかがえる。

また、わが国は高齢者の自殺死亡率が高く、その原因として、しばしば孤独感が指摘されている。老年期と孤独感が直接結びつくわけではないが、深刻な孤独感を感じている高齢者がいることは事実であり(長田・工藤・大橋, 1990)、その軽減を図ることは、高齢者の身体・心理・社会的な健康や生活の質(QOL)の向上、自殺対策のうえでも重要であるといえる。

一般的に高齢者の孤独は「独居」と結び付けられがちだが、実際には家族と同居している高齢者、とりわけ「日中ひとり暮らし高齢者」の生活において、孤独や不安を顕著に感じている例が報告されている(深山・中村, 2015; 庄司, 2005)。庄司(2005)は、高齢者の孤独について、単に独居か同居かといった生活形態から一面的にとらえるのではなく、高齢者個人を取り巻く社会的な関係性も含めて多面的にとらえていくことが必要であると述べている。

先行研究によると、高齢者の孤独感に影響を与える要因としては、友人・知人などの社会的ネットワーク(長谷川・岡村・安藤・児玉・古谷, 1994; 長田ら, 1990;

Thoughts and feelings of older adults who were living with their families: a qualitative study

Mai Yamaguchi¹⁾, Hiromi Hirata²⁾

¹⁾ Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

²⁾ School of Nursing, University of Shiga Prefecture

2017年9月29日受付, 2018年1月24日受理

連絡先: 平田 弘美

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町 2500

e-mail: hirata.h@nurse.usp.ac.jp

長田・工藤・長田, 1989; 米澤・石津・甲斐, 2002) や人間関係の満足感 (長田ら, 1989), 生活機能 (長谷川ら, 1994) や活動能力 (米澤・石津・佐藤・須賀・森田, 1999), 生活の質 (長田ら, 1989), 主観的健康感 (長田ら, 1989; 長田ら, 1990), 意欲・将来に対する目標 (長田ら, 1989) などがあると報告されている。長田ら (1989) は, 孤独感には, その人がどのような状況におかれているかといった客観的状況よりも, むしろ, そういった状況に対する本人の受け止め方や生きる姿勢といった主観的要素が大きく影響すると述べている。

このように, 高齢者の孤独感についての先行研究は数多く存在するが, なかでも日中ひとり暮らし高齢者に焦点を当てた研究は少ない。

II. 研究目的

本研究の目的は, 家族と同居する後期高齢者に焦点を当て, どのような思いで日々を過ごしているのかについて明らかにすることである。

III. 用語の定義

本研究において孤独感とは, 「人間が他者と関わることが可能な環境にいるのにも関わらず, 個人の社会的関係の量的な又は質的な欠損を生じ, それによる不快な主観的な経験または感情」(梶原・牧, 2008) とする。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究。

2. 研究対象

研究対象者は, 研究者の知人である高齢者施設で働く職員より紹介してもらった, 自宅で家族と同居している後期高齢者で, 以下の条件を満たしており, 研究の趣旨に賛同し同意した3名とした。

- ① 配偶者がいない。
- ② 調査時点で介護認定を受けていない。
- ③ 認知症と診断されていない。

3. 期間

データ収集は, 平成28年8月下旬に行った。

4. 調査方法

研究対象者に対し, 生活のなかで感じる思いや孤独感, その孤独感への対処方法について半構成的面接を行った。1人40～90分で, インタビューガイドを元に

面接調査を行い, インタビュー内容は対象者の理解を得てICレコーダーに録音した。面接場所は, 対象者の自宅など本人の希望の場所とした。

5. 面接構成 / 質問項目

1) 対象者の基本情報

年齢, 家族構成, 同居に至った経緯, 日中ひとりで過ごす時間・頻度。

2) 普段の生活のなかで感じる思いについて

- ① どのような思いで日々を過ごしているのか。
- ② 孤独感や寂しさを感じるときはあるのか。
- ③ 孤独感や寂しさを感じるときがあるとしたら, どのようなことに対して孤独感や寂しさを感じるか。
- ④ その孤独感や寂しさにどのように対処しているか。

6. 分析方法

面接によって得られたデータから逐語録を作成し, 語られた内容をコード化した。さらに各コードの共通性を検討し, 意味内容の類似性に基づきカテゴリー化を行った。

この分析の過程で, 高齢看護の研究者に分析過程が適切であるかを確認してもらい, 結果の妥当性の確保に努めた。

7. 倫理的配慮

滋賀県立大学研究倫理専門委員会により承認を得たうえで, データ収集を行った。研究対象者に対し文面と口頭で, 研究の目的, 方法, 研究への参加は任意であり同意しないことによって不利益な対応を受けないこと, 参加に同意した場合であっても不利益を受けることなくこれを撤回できることを説明し, 同意書へのサインにより研究参加への同意を得た。取得した個人情報, 主任研究者の責任の下に管理し, データは鍵のかかる場所やパスワードを用いるなどして, 厳格なアクセス権限の管理と制御を行った。研究者相互間でのデータのやり取り, 保管にあたっては, 個人を特定できないようにして取り扱い, データは, 学内での研究発表終了後に消去または裁断処理により破棄し, 適正に処分した。

V. 研究結果

1. 対象者の概要

研究対象者は女性3名であり, 平均年齢は83.7歳であった。家族構成は, 長男または長女家族と同居している者が2名, 長男家族と別棟で暮らしている者が1名であった。3名とも配偶者とは死別していた (表1)。

表 1 対象者の概要

対象者	年齢	家族構成	同居に至った経緯	日中1人になる頻度, 時間
A	82歳	長女 家族	配偶者との死別に伴い、あらかじめ長女が同居の準備をしていた	平日のみ、 9時間程度
B	82歳	長男 夫婦	長男夫婦の結婚当初から同居していた	週2回、 2時間程度
C	87歳	長男 家族 (別棟)	長男夫婦の結婚当初から同居していた	週2～3回程度

2. 分析結果

分析の結果、家族と同居する後期高齢者が抱く思いとして、165のコードから、40の小カテゴリー、9の中カテゴリー、4の大カテゴリーが生成された。大カテゴリーを『 』、中カテゴリーを【 】, 小カテゴリーを《 》とし、対象者の語りを一部抜粋し「 」で示した。なお、前後の文脈でわかりにくい箇所は、筆者が()内に言葉を補足した(表2)。

1) 『現状への満足感』

この大カテゴリーは、家族と同居する後期高齢者が自分自身について、趣味などを心のよりどころとして健康で自立した生活を営んでいる、家族や周囲に支えられながら社会的役割を果たせていると感じてお

表 2 家族と同居する後期高齢者が抱く思い

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
1) 現状への満足感	自立できている現状に満足している	<ul style="list-style-type: none"> 健康でいられることに満足している 自由に生活できることへの満足感 経済的に自立している 精神的に自立できている
	心のよりどころがある	<ul style="list-style-type: none"> 趣味を楽しんでいる 友人がいる喜び、大切さ 信仰を心のよりどころにしている 寂しいときは気持ちを切り替える 夫との思い出・愛情 (夫の死後) ボランティアに打ち込むことで寂しさを感じなかった
	社会的役割を果たせる喜び	<ul style="list-style-type: none"> 家庭での役割を果たせる喜び 周囲から頼られる喜び(周囲の役に立ちたい) 地元での活動が多く、(ボランティアを)引退した寂しさはない
	家族や周囲の人々への感謝	<ul style="list-style-type: none"> 緊急時には家族に連絡が取れるという安心感 家族がいる安心感 実の娘との信頼関係 嫁との良好な関係が築けている 孫やひ孫の成長を見守る喜び 家族への感謝 自分を支えてくれる周囲への感謝
	人生に対する満足感	<ul style="list-style-type: none"> 毎日が充実しているという実感 人生への楽しみ
2) 気楽に暮らしたい		<ul style="list-style-type: none"> 家族別々に生活している(顔を合わせる機会が少ない) 互いに立ち入らず(気を遣わず)自由に過ごすほうが気楽 (他人との)人間関係の煩わしさを避けたい
3) 今後、家族に負担がかかることへの懸念	健康への不安	<ul style="list-style-type: none"> 健康への不安 自分で意識して体調管理している
	家族に負担をかけたくない	<ul style="list-style-type: none"> 介護へのマイナスイメージ 家族に負担をかけたくない 身の振り方を自分で決めたい、決めなければならない 家族への遠慮 悩み事を周囲や家族に相談できない辛さ 交通手段がない不便さ
4) 「変化」への戸惑い、寂しさ	社会や自身が「変化」していくことへの戸惑い、寂しさ	<ul style="list-style-type: none"> 老化に伴い会話についていけないもどかしさ 若い世代とのギャップ 社会が変化していくことへの寂しさ、懸念 時代とともに活動が変化していく寂しさ
	心理・社会的な喪失感	<ul style="list-style-type: none"> 家族や友人と疎遠になる寂しさ 夫を失った悲しみ 自分の体験を共有したい

り、そうした現状や自らの人生に満足していることを意味する。

a) 【自立できている現状に満足している】

対象者は、「今では身体が丈夫なので、健康なので、まあそれ（趣味の活動など）に応えていけるので、ありがたいですわ」「電車で、駅が近いので、まだ階段が登れますので」と《健康でいられることに満足》していた。「もう勝手気ままですわ。自分の（思い）どおりに動いて、時間もそのとおりの時間割で。（中略）趣味の書道とか、お琴、何かかんかしてますので、1日あつという間に過ぎてしまつて」というように、多忙ながらも《自由に生活できることへの満足感》を感じていた。また、「年金もいただいでるで、まあ、主人のおかげで、楽さしてもろてるんやなつていうことは、常に思ってます」「自分の好きなものは小さいミニ冷蔵庫を買つて、基本的に、月に5万円ずつ出して、食費とか電気代とかいろいろなことを含んでね」というように《経済的に自立》していた。また自らを「孤独で寂しいつていうのを感じないタイプみたい。（中略）何かしてほしい、これをしてほしいとか…」「主人がいる前からいろんな会に入つたので…（家を）空けっ放しに、ふふ。まあ主人は主人で、趣味でしたから。お互いにあれやつたから、今はそれがいいねえ…」と、《精神的に自立》して寂しさをそれほど感じないと話していた。このように、対象者は同居する家族から身体的・精神的・経済的に自立した状態を保ち、外出や身の周りのことなど自由に生活できていると捉えており、そうした現状に満足していた。

b) 【心のよりどころがある】

対象者は「私は趣味が多いからね、ふふ、趣味で生きてるん。1人でも寂しいと思うことはまあないの」というように《趣味を楽しんで》いた。また、「若い人の関係（価値観）がね、吸収できて（中略）参考になってありがたいことや」「思わぬところで（友人の輪が）つながつて、もうほんま、網の目みたい」「友だちが多くつてねえ…もう、ありがたい。それでね、この健康が保たれてる」などと、友人との交流や親交が続いていることを生き生きとした表情で語り、《友人がいる喜び、大切さ》を嘯みしめていた。「いつもお大師さんを信仰してるんです。何か困ることがあつたら、（お経を唱えて）お祈りするんですやわ。そうするとねえ、ここ（胸のあたり）がすうつとするんです」と《信仰を心のよりどころにしている》対象者もいた。また、趣味・地域活動などを通じて《寂しいときは気持ちを切り替える》《（夫の死後）ボランティアに打ち込むことで寂しさを感じなかった》と語っていた。さらに、ある対象者は夫が

生前座つていた場所に写真を飾り、「主人がなくなつたときは、もう…2、3年は寂しかったです。ほやけどもう、今はもう、慣れました。（中略）ありがたいなあちゅう気持ちに、変わつてきました」と、寂しさがありながらも夫のいない生活に慣れ、《夫との思い出・愛情》を感じながら暮らしていた。このように、対象者は、趣味や友人との交流、夫への愛情、信仰心などを【心のよりどころ】としており、それらが寂しいときの気持ちを切り替える手段にもなつていることがうかがえた。

c) 【社会的役割を果たせる喜び】

対象者は「お手りするんです。食事の用意がね、私任されてますにゃ」というように、《家庭での役割を果たせる喜び》を感じていた。また、「（リーダーの後に）ついて回つてるボランティアは楽ですけど、（リーダーとして）自分で動かしていかならんようなボランティアもありますやろ。無計画でやるわけにもいかんし」と、リーダーとしての責任感を感じながらも、《周囲から頼られる喜び》を感じていた。また、《地元での活動が多く（ボランティアを）引退した寂しさはない》と語っていた。このように、対象者は家庭や地域・集団内における社会的役割を保つており、周囲から頼られ、自らの役割を果たせることに喜びを感じていた。

d) 【家族や周囲の人々への感謝】

対象者は、「（体調が悪くなつたときは、家族に電話が）通じるように（中略）してもらつてるので、ちょっと心強いです」というように、《緊急時には家族に連絡が取れるという安心感》や《家族がいる安心感》を感じていた。

また、「（娘と衝突しても）やっば親子やでね、あくる日になつたらケロッと忘れて…」「（嫁とは）友だちみたいな関係で（中略）だからあんまり、なんか気遣わなかつた。（中略）（言い合いになつたことは）1回もないの。（中略）（隠し事は）絶対しない」「（役割分担を）2人で話し合つたわけじゃないけど、なんとなく（中略）そうなつたなあ…（中略）一緒に住んでるつてそういうことかなあと思う」というように、《実の娘との信頼関係》や《嫁との良好な関係》を築いていた。

また、「（ひ孫は）今、コロッと起き上がるかどうかというところまで今いつてるんやけど。（中略）次の楽しみが今のところは来てるから、孤独になる時間はないだろうなあと思う」「外にいる孫がね、よう気を遣つてくれてねえ。ばあちゃん長生きしてねーて言つてくれるんですや」「みんなが情けかけてくれやあるから、ありがたいなあと思つて。ほんまにねえ、1人では生きられんね、みんなのおかげ

やねえ」というように、《孫やひ孫の成長を見守る喜び》や《家族への感謝》、《自分を支えてくれる周囲への感謝》の気持ちを感じていた。

e) 【人生に対する満足感】

対象者は「日にちを充実してるっていうのは、年取ってからありがたい」「自分に合ったことやったら進んでいくことやね」「ほんまに人生楽しいわ」「次の楽しみが今は来てるから…（中略）今は1年でも長生きして…（中略）それが楽しみ」というように、《毎日が充実しているという実感》や《人生への楽しみ》を感じていた。

2) 『気楽に暮らしたい』

対象者は、「帰りがバラバラで（中略）（一緒に夕ご飯を）食べられないときもあります」「お正月にみんなが寄って食事するのが、まあ一番いいかなあ…」というように《家族別々に生活している（顔を合わせる機会が少ない）》と語っていた。そして「私は別に、干渉もしませんし、（中略）家族は家族」「私は基本的に、嫁さんが家にじーっとしてふさぎこんでくれているのが嫌なん。（中略）（互いに）いない間は結構楽しんで家におるし（お互いに）立ち入らない、（やりたいことを）やってる」というように《互いに立ち入らず（気を遣わず）自由に過ごすほうが気楽》だと感じていた。また、「いろんな会合に出るのがあんまり好きでないんです。家にいるほうが、私は気が落ち着くんですやわ。（人前で）喋るのが上手でないんでね」というように、《（他人との）人間関係の煩わしさを避けたい》と語っていた。

3) 『今後、家族に負担がかかることへの懸念』

この大カテゴリーは、対象者が、老化に伴って自らの健康に不安を感じ、自分のことで家族に負担をかけたくないと考えていることを意味する。

a) 【健康への不安】

対象者は毎日に充実感を感じつつも「これ（今の健康状態）がいつまで続くかわからん、自分の体がどうなるかわからんけども…」と自身の《健康への不安》も感じており、「自分の体ですので、自分で管理してかなあかんで」というように、《自分で意識して体調管理をしている》と語っていた。

b) 【家族に負担をかけたくない】

対象者は「痴呆になったりすると、嫁さんに迷惑かけるし、それより前に自分の気持ちで選択して、迷惑かけない（方法）をとったほうがいいんじゃないかな…（中略）そういうことをさせてはかわいそうじゃないかなあって」と《介護へのマイナスイメージ》や《家族に負担をかけたくない》、《身の振り方を自分で決めたい、決めなければならない》という思いをもっており、施設見学に行くなど介護が必要

になった場合に備えていた。そして、「いつかは迷惑かけんならんことがあるので、嫌なことは言えませんが（中略）腹立つこともありますけど（中略）まあ何とかやってます」というように《家族への遠慮》をしながら生活していた。また、「（施設入所のことを）身内もいるんだけど、誰にも相談しなくて（中略）そのときが一番、右か左か迷った1年間があったからね…」というように、《悩み事を周囲や家族に相談できない辛さ》を抱えていた。また、「一番困ってるのが交通。自動車に乗れないので」と《交通手段がない不便さ》を感じていた。

4) 『「変化」への戸惑い、寂しさ』

この大カテゴリーは、対象者が、加齢とともに自身やそれを取り巻く周囲の変化に直面し、戸惑いや寂しさを感じていることを意味する。

a) 【社会や自身が「変化」していくことへの戸惑い、寂しさ】

対象者は、「耳が遠いもんやでね、（中略）早口で言われるとわからない」というように老化に伴って《会話についていけないもどかしさ》を感じていた。また、「（自分たちのころは）規律に対してはものすごく厳しかったの。（中略）あんまり今の人は（時間を守ることに）文句言われんね」「今の子どもって自分の時間を大事にするじゃないですか。（中略）私らの年代だと（中略）つまらない心配をしていたのが、さらっと言うんですね、『ええっ』と思って」と《若い世代とのギャップ》に戸惑っていた。また、「ここらも子どもさんの数が少ないからね、昔の子どもも会みたいに団体生活するようなことが全然ない。（中略）それがちょっと心配ですわ」「レイカディアの内容も時代のあれに沿って変わってきました」というように、《社会が変化していくことへの寂しさ、懸念》《時代とともに活動が変化していく寂しさ》を感じていた。

b) 【心理・社会的な喪失感】

対象者は、「（子どもや孫が）会社に勤め出した当時は（中略）ちょっと寂しいなと思った」「（県外の家族が）節目節目以外は（ほとんど）帰ってこない」「（高校時代の友だちと）前は行き来してたんですけど、もう、できません。（中略）その人も旦那さんと2人暮らしやのでね（中略）（自分から連絡するのは）気遣うんです」と《家族や友人と疎遠になる寂しさ》を感じていた。また、「（夫を失った当時の）悲しさちゅうのは全然言ったことがない。悲しいなんてもんじゃなし」「よく（夫の）夢見ますよ。（中略）そうすると、ああ寂しいなあいうことは思います」というように《夫を失った悲しみ》を感じ、同様に夫を亡くした友人のことを心配していた。また、

夫を看取ったときの思いや体験をインタビュアーに熱心に語るなど《自分の体験を共有したい》という思いをもっていることがうかがえた。

VI. 考 察

1. 後期高齢者が感じている寂しさと今後への不安

本研究では、家族と同居する後期高齢者を対象に、普段の生活のなかで感じる思いについてインタビューを行った。

本研究において、後期高齢者は、家族と同居しながらも《家族別々に生活している（顔を合わせる機会が少ない）》現状にあり、ライフステージの変化に伴い《家族や友人と疎遠になる寂しさ》《夫を失った悲しみ》といった【心理・社会的な喪失感】を感じていた。老年期は、子どもの独立による役割変化などの社会的喪失や配偶者・友人との死別といった心理的喪失に直面する時期である。親族や友人など親交のあった人々と疎遠になり、一緒に住んでいる家族とも生活リズムの違いから顔を合わせる機会が少ない現状は、後期高齢者にとって、夫との死別などきわめて個人的な事柄についての思いや体験をゆつくりと語り、他者の共感を得る機会が徐々に減っていくということでもある。このことから、亡くなった夫のことをインタビュアーに熱心に語る姿は、自らの体験や思いを語れる家族や友人が減りつつあるなかで、それ以外の誰かに伝えることで《自分の体験を共有したい》という思いがあるのではないかと考える。また、自身が夫との死別という心理的喪失を経験しているがゆえに、自分と同じように夫を亡くした友人を心配するという行動に結びついていると考える。

【社会や自身が「変化」していくことへの戸惑い、寂しさ】にあるように、後期高齢者は自分自身と《若い世代とのギャップ》を実感し、それを前向きに受け止めながらも戸惑いを感じていた。本人らの語りにもあるように、後期高齢者は、戦前の国家体制の下で集団の規律を守ることを厳しく教育されてきた世代である。一方、若年層は、戦後、アメリカの影響を受けて個人の権利や生活を尊重する教育を受けて育った世代である。こうした教育や育った背景の違いがライフスタイルや価値観など生活のあらゆる場面で両者のギャップを生み出していると考えられる。後期高齢者は、こうした違いを目の当たりにするたびに自分の若いころとは人々の価値観や社会状況が大きく変わってしまったことを認識し、《社会が変化していくことへの寂しさ、懸念》を感じているのではないかと推測する。また、自分たちが長年慣れ親しんできた活動のあり方が徐々に変化していくのを感じ、《時代とともに活動が変化していく寂しさ》といった思いに

至ったのではないかと考える。

後期高齢者は《健康でいられることに満足している》一方で、《老化に伴い会話についていけないもどかしさ》にみられるように、自分自身の老性変化によって身体的機能が着実に低下しつつあることを実感し、【健康への不安】を感じていた。「今では（中略）健康なので、まあそれ（趣味活動など）に応じていけるので、ありがたいです」といった発言から、後期高齢者が“健康でいること”で趣味を楽しんだり、自立した生活を営むことができるのだと認識していることがうかがえる。庄司(2005)は、農村高齢者へのインタビューのなかで、日中ひとり暮らし高齢者について身体機能の低下によって趣味や集まりの場への参加を諦めざるを得ないといった精神的な活動や、人間関係の狭隘化が生じていたことを報告している。さらに、周囲・家族との関係性のなかで、自らの「古い」や生活意識のずれをより強く認識させられ、「何もできない自分」といった自分自身に対する無用感や孤独感を感じ、家族・社会からの疎外感、若年層への遠慮を生み出していると述べている。このことから、後期高齢者は、自らの身体機能の低下や《老化に伴い会話についていけないもどかしさ》を認識することで、今後健康状態が悪化した場合、趣味や友人との親交といった【心のよりどころ】が制限されたり、家庭や地域での【社会的役割】を果たすことができなくなり、今まで謳歌していた自由で自立した生活が失われるのではないかと懸念が生じ、それが【健康への不安】へと結びついていると考えられる。

後期高齢者は、これまでに見聞きしたことや自身の経験から《介護へのマイナスイメージ》を抱いており、自らの古いや【健康への不安】からいずれ要介護状態となったときには、第一義的に家族に迷惑（介護負担）をかけることになるだろうと認識していた。また、高齢者自身が相手に気を遣うことなく『気楽に暮らしたい』と願い、同居する【家族や周囲の人々への感謝】を日々感じているがゆえに《家族に負担をかけたくない》という強い思いをもっていることが明らかとなった。一番の困りごととして語られた《交通手段がない不便さ》も、自身が自動車を運転できないために家族や知人に送迎を頼らざるを得ず、周囲に負担をかけてしまうという申し訳なきから生じたものと考えられる。こうした思いを抱いているがゆえに、自らの「古い」に直面し、いずれ介護を受ける立場になることを思うと《家族への遠慮》や《身の振り方を自分で決めたい、決めなければならない》という思いが生じ、自分なりに備えを講じたり、今の健康状態が低下しないよう《自分で意識して体調管理している》といった行動へと結びついていると考えられる。また、後期高齢者は《悩み事を周囲や家族に相談できない辛さ》も語っており、上記のように《家族に負担をかけたくない

い》ために自分で問題に対処しようとして、誰にも相談できない葛藤を感じていることがうかがえた。

2. 現在の状況に対する後期高齢者自身の思い

後期高齢者は、生活リズムの違いなどから《家族が別々に生活している（顔を合わせる機会が少ない）》現状を現実的に受け入れ、《互いに立ち入らず（気を遣わず）自由に過ごすほうが気楽》というように、家族との同居生活を営むうえでお互いの生活リズムを崩さず『気楽に暮らしたい』という思いをもっていることが明らかとなった。

そして、自身の現状について《健康でいられることに満足している》《経済的に自立している》《精神的に自立できている》と認識していた。健康で外出や身の周りのことを自分で行うことができ、《自由に生活できることへの満足感》を感じることで『気楽に暮らしたい』という自らの欲求が叶い、【自立できている現状に満足している】という認識に至ったのではないかと考えられる。

後期高齢者は、《趣味を楽しんでいる》ことや《友人がいる喜び、大切さ》などを【心のよりどころ】とし、それらが自分の健康維持につながっていると語っていた。夫との死別体験について、生田（2011）は、配偶者の死後、高齢遺族が喪失感の渦中で揺らぎながらも個人として生きていくための行動を模索していたことを明らかにしている。生田（2011）によると、遺族は生きる目的や意味を探究するなかで、やがて自分と周囲とのつながりを実感したり、日常生活のなかで自分たちを守り支えてくれる存在として心のなかで故人を再配置していた。そしてこのような過程を経て最終的に自分自身の価値を認め、内なる変化を実感するというように新たな「わたし」意識をもつようになっていたと報告している。本研究でも、研究対象者は、《（夫の死後）ボランティアに打ち込むことで寂しさを感じなかった》と語っていた。また別の対象者は、「夫を亡くした当初は寂しかったが、時間の経過とともに夫のいない生活に慣れた」と語り、今では夫への感謝や愛情を感じながら暮らしていた。このことから、研究対象者は、夫の死後寂しさを感じつつも“今”やるべきこと・できることを模索し打ち込むなかで、少しずつ夫の死を受容するようになり、《夫との思い出・愛情》といった前向きな気持ちへと昇華していったのかもしれない。《寂しいときは気持ちを切り替える》と語っていることから、こうした【心のよりどころがある】ことは日々の充実感を生み出すだけでなく、ふとした瞬間に訪れる寂しさを和らげ安寧を得る手段にもなっていると考える。

本研究の対象者はいずれも子どもの結婚を機に自然な流れで家族との同居に至っており、長い同居生活を経て《実の娘との信頼関係》や《嫁との良好な関係》が築かれていると語っていた。衝突しても後に引きずらない、

嫁との隠し事は一切しないというように、ともに暮らすなかで互いの信頼関係が積み重なり、《家族がいる安心感》や《家族への感謝》が生まれ、【家族や周囲の人々への感謝】へと結びついていると考えられる。また、自らも家庭やコミュニティ内で周囲から頼られることで【社会的役割を果たせる喜び】を感じており、周囲との関わりがなかで自分の居場所があることが自尊感情や自己効力感につながっていると考える。桂ら（1998）は、独居高齢者の孤独感に関する研究において、手段的支援と Self-esteem（自尊感情）が孤独感の軽減につながることを明らかにした。また、深山・中村（2015）も日中独居要介護高齢者の抱く不安について、家族などから肯定的に受け止められていると本人が認識することで自己効力感が高まり、不安の緩和につながると述べている。本研究の対象者もこれらの研究対象者とは若干特性が異なるものの、家族や周囲とのつながりのなかで【家族や周囲の人々への感謝】や【社会的役割を果たせる喜び】を感じることで自己効力感が高まり、寂しさや孤独感の軽減につながっていると考えられる。

本研究において、後期高齢者は《毎日が充実しているという実感》や《人生への楽しみ》といった【人生に対する満足感】があり、寂しさは感じないと語っていた。長田ら（1989）と長田ら（1990）は、高齢者の孤独感には社会的ネットワークや人間関係への満足感、主観的健康感、生活の質、意欲や将来への目標などが関連しており、本人を取り巻く客観的な状況よりもむしろ本人の現状に対する捉え方や生きる姿勢が重要な意味をもつと述べている。本研究においても後期高齢者は、【自立できている現状に満足している】ことや【心のよりどころがある】こと、【社会的役割を果たせる喜び】【家族や周囲の人々への感謝】や《孫・ひ孫の成長を見守る喜び》といった未来への希望を感じており、これらのことが《毎日が充実しているという実感》や今後の《人生への楽しみ》といった前向きな原動力となり、「寂しさは感じない」と語れているのではないかと考える。

3. 本研究における今後の課題

本研究では、対象者が女性3名と少なく、性別にも偏りがみられる。孤独感と性別の関連性については、性差がみられないという報告（米澤ら、1999）や男性で孤独感が強く表れたという報告（長谷川ら、1994）など、先行研究でも性別に関する結果が分かれていた。今後は、対象者の性別を調整したり、対象者数を拡大するなどしてより深く研究していく必要があると考える。

先行研究では、日中ひとり暮らしの高齢者に孤独や不安を顕著に感じている例が報告されていたが、今回のインタビュー調査では、「どのような場面で孤独感（寂しさ）を感じるか」に対する具体的な発言は少なかった。考えられる要因として、一般的に「孤独感（寂しさ）」とい

う感情にはネガティブなイメージをもたれがちなため、他人にはなかなか話しづらいという心理が働いたのではないかということが考えられる。また、3名中2名は元ボランティア経験者で現在も地域活動や趣味活動などを通じて活動的な日々を過ごされていること、3名とも身体面・心理社会面・経済面で自立しており、自らの現状や人生に満足感を感じられていたことから、「孤独感（寂しさ）」について具体的な内容につながりづらかったことが要因と考えられる。今後は、後期高齢者が自分の思いをより話しやすいよう質問内容やインタビュー環境を工夫したり、対象者のリクルート方法を検討していく必要があると考える。

Ⅶ. 結 論

今回、家族と同居する後期高齢者を対象に、どのような思いで日々を過ごしているのかについて明らかにすることを目的に質的研究を行った。後期高齢者3名を対象に半構造的インタビューを実施し、以下のことが明らかとなった。

1. 後期高齢者は、夫との死別などライフステージの変化に伴う心理・社会的喪失感を感じ、時代背景の違いによる若い世代とのギャップに対して戸惑いや寂しさを感じていることが明らかとなった。
2. 後期高齢者は、生活リズムの違いなどから家族が別々に生活している現状を受け入れ、お互いの生活リズムを崩さず『気楽に暮らしたい』という思いをもっていることが明らかとなった。
3. 後期高齢者は、健康で趣味や身の周りのことを自分で行うことができている現状に満足する一方、老化に伴って健康への不安を感じており、自分の介護のことで家族に遠慮や葛藤を感じていたり、体調管理に気を配るなどしながら生活していることが明らかとなった。
4. 後期高齢者は、趣味や友人の存在、夫との思い出・愛情などを心のよりどころとしており、それが寂しさを感じたときの安寧を得る手段にもなっていることが明らかとなった。
5. 後期高齢者は、家族・周囲に支えられながら自らも社会的役割を果たし、健康で自立した日々を送っていることに満足感や感謝の気持ちを感じながら暮らしていることが明らかとなった。

謝 辞

本研究の趣旨をご理解くださり、お忙しいなか貴重なお時間を割いて心の内を語ってくださった研究対象者である後期高齢者の皆さまに心より感謝申し上げます。また、本研究にご理解ご協力をいただきました皆さま、論文作成にあたりご指導をいただきました先生に深謝いたします。

文 献

- 1) 深山華織, 中村裕美子 (2015). 同居家族の就労により日中独居ですぐす要介護高齢者の不安とその対処. 老年看, 19 (2), 75-83.
- 2) 長谷川万希子, 岡村清子, 安藤孝敏, 他 (1994). 在宅老人における孤独感の関連要因. 老年社会科学, 16 (1), 46-51.
- 3) 生田奈美可 (2011). 配偶者を亡くした高齢遺族のスピリチュアリティに関する質的研究. 日看研会誌, 34 (2), 97-107.
- 4) 井上勝也, 木村周 (1993). 新版老年心理学, 朝倉書店.
- 5) 梶原杏奈, 牧正興 (2008). 家族同居高齢者の孤独感に関する研究. 福岡女学院大院紀臨心理, 5, 7-14.
- 6) 桂敏樹, 星野明子, 渡部由美 (1998). 独居老人の孤独感を軽減する要因. 日農医誌, 47 (1), 11-15.
- 7) 長田久雄, 工藤力, 大橋靖史 (1990). 老年期の孤独感に影響を及ぼす心理学的要因について. 都立医療技短大紀, 3, 57-66.
- 8) 長田久雄, 工藤力, 長田由紀子 (1989). 高齢者の孤独感とその関連要因に関する心理学的研究. 老年社会科学, 11, 202-207.
- 9) 奥野茂代, 大西和子 (2001). 老年看護学 I - 老年看護学概論 -, ヌーヴェルヒロカワ.
- 10) 小澤一嘉 (2005). 家族内の役割消失による孤独感が誘因と考えられた舌痛症の3例. 日歯心身, 20(1), 21-27.
- 11) 庄司知恵子 (2005). 農村高齢者の日常生活にみる孤独のメカニズム. 現代社会学研究, 18, 69-88.
- 12) 米澤弘恵, 石津みゑ子, 佐藤美紀, 他 (1999). 在宅高齢者の孤独感と活動状況との関係一性による比較から一. 愛知看大紀, 5, 1-9.
- 13) 米澤弘恵, 石津みゑ子, 甲斐一郎 (2002). 在宅高齢者の孤独感と同居家族, 別居子, 友人・知人との関係. *Hearth Sciences*, 18 (3), 194-206.

研究ノート

超重症児をもつ母親の NICU 退院から 小児専門病院受診に至るまでの体験



杉本 裕子¹⁾, 松倉とよ美¹⁾, 村田 敦子¹⁾, 玉川あゆみ²⁾, 古株ひろみ²⁾

¹⁾ 滋賀県立小児保健医療センター

²⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

背景 超重症児の救命率の増加に伴い、NICU から在宅へ移行となるもさまざまな問題があり、在宅移行直後の母親へ早期支援についての示唆を得ることは重要である。

目的 超重症児が NICU 退院後、A 小児専門病院の外来を受診するまでの在宅生活での母親の体験を明らかにする。

方法 対象者は、超重症児が NICU 退院後、在宅生活を経験し小児専門外来受診に至った母親 6 名である。インタビューガイドを用いた半構成的面接法にて行った。

倫理的配慮 A 小児専門病院および滋賀県立大学倫理委員会の承認を得た。

結果 小児専門外来の受診に至るまでの体験として 8 のカテゴリーと 28 のサブカテゴリーを抽出した。母親は退院後、【初めての生活は不安と試行錯誤の毎日】や【慣れない医療的ケアと育児に追い詰められる】ようになりながらも、【地域の医師と訪問看護師の新たな支援者との出会い】と【役割を模索し支えあう家族】の協力で混乱期を乗り越えていた。また、戸惑う一方で子ども自身の力を発見していた。【子どもの状態に対応でき安定した体調から子どもなりの成長に気づく】ことで、困難を乗り越え独自の生活パターンを見出していた。しかし母親は【母親としてやり切れない思いのなかで自分を責め続ける】日々があった。子どもの成長が、自責の念を緩和し、【懸命に命と闘った子どもに力づけられてがんばる】姿からともに生きると覚悟していた。

考察 在宅移行直後の医療的ケアを在宅で実施することのギャップや子どもの体調の不安定さなどの困難や、障害受容への葛藤から超重症児の子ども成長に気づき在宅での生活に向き合う母親の体験が明らかになった。母親に子どもの成長を実感できる体験に導いていくケアの追求は母親たちが地域での生活に向き合える支援となることの重要性和地域と医療機関との連携の課題が改めて示された。

結論 NICU を退院し在宅生活を歩み出す母親の体験には、超重症児の親となった悲嘆や罪悪感をもち、子どもの体調管理や医療的ケアを家族との生活のなかで無我夢中に行っていた。そのなかで子どもの成長を実感し、退院後早期の在宅生活で超重症児を日常の子育てとして捉えることができるまでに至っていた。

キーワード 在宅ケア, 超重症児, 母親の体験

The experience of mothers of a child with extremely severe motor and intellectual disabilities: From Neonatal Intensive Care Unit discharge to admission into a specialized medical children hospital

Hiroko Sugimoto¹⁾, Toyomi Matsukura¹⁾, Atsuko Murata¹⁾, Ayumi Tamagawa²⁾, Hiromi Kokabu²⁾

¹⁾ Shiga Medical Center for Children

²⁾ University of Shiga Prefecture

2017 年 9 月 29 日受付, 2018 年 1 月 24 日受理

連絡先: 杉本 裕子

滋賀県立小児保健医療センター

住 所: 守山市守山 5-7-30

e-mail: dai.hiro8@gmail.com

I. 背 景

新生児医療の進歩により、多くの低出生体重児や疾患を有する新生児の救命が可能になった。しかし医療依存度が高い重症心身障害児（以下超重症児という）が NICU から退院できない現状がある。

超重症児の在宅移行阻害要因として、家族の受け入れ不良や負担の増大、療育環境の偏った考えなど家族に起因する問題と在宅支援体制の不備の問題がある（滝ら、2011）。このような問題解決に向けて厚生労働省は、平成 25 年度から小児等在宅医療連携拠点事業として、重症心身障害児者およびその家族が地域で生き生きと暮らせるような体制整備のモデル事業を開始した（厚生労働

省, 2013).

A 病院でも平成 25 年度から在宅療養後方支援病院としての役割を担っている。超重症児の出産という危機的状況を経験した家族は、急性期を脱し退院となった子どもとの在宅生活を始めることになる。

在宅移行初期の家族は、医療者からの指導を手がかりにしながらかも現実の問題に直面し、無我夢中で子どもの生命を守ろうとする生活を送っている (平林, 2007)。一方「子どもの状態の不安定さ」「子どもの症状の改善兆候のなさ」「子どもの全身状態の悪化」といった子どもの体調への対応に困難を抱えている (佐東, 2013)。さらに、超重症児の母親は子どもの死に対する不安や恐怖、それに対する心理的防衛反応としての否定がみられ、情緒的にも不安定な状態にあるといわれている (前盛, 2007)。このように、在宅生活を送る超重症児の母親と家族の精神的・身体的負担は計り知れない。

われわれも日々外来での看護実践のなかで、子どもの対応に不安を抱き余裕のない状況から疲弊している母親に遭遇する。一瀬は (2007)、とくに障害の発見から早期介入・支援という生涯にわたる長いプロセスにおける初期段階での関わりの必要性を報告しているが、そのような母親に対し、早期の家族支援の必要性は理解できるものの、どう声をかければいいのか悩む場面が多々あった。そのようななかでも、超重症児の在宅生活の意義として自宅で家族とともに生活するとき、病院ではみられない成長、発達のが引き出され、子どもも家族も安定することが明らかになっている (前田, 2009)。先行研究では NICU を退院した子どもを育む家族の抱える困難について、退院直後から退院 2 年以上の経過を分析した文献はみられたものの、NICU 退院後から初回外来受診までの期間に限定された医療的ケアがある超重症児をもつ母親の思いにふれた報告はあまり見当たらない。在宅生活を支援するために、在宅生活早期の苦悩や葛藤、あるいは喜び等母親がどのような体験をしているのかを把握することは、看護師が超重症児と母親の在宅生活について理解、共感することができ、患児・家族への早期支援や、信頼関係の構築につながることで、超重症児家族の早期在宅支援の質の向上になると考える。

II. 目的

外来看護で超重症児の早期在宅支援への示唆を得るために、まずは超重症児が NICU を退院後、A 病院の小児専門外来を初回受

診するまでの在宅生活における母親の体験を明らかにすることを目的とする。

III. 用語の定義

超重症児：レスピレーターや気管内挿管などの呼吸管理・経管栄養法といった医療的ケアを 6 ヶ月以上継続的に必要とする超重症児および準超重症児 (2012, 江草)。

IV. 研究方法

1. 研究対象者 (表 1)

超重症児の家族が NICU を退院し在宅生活を経験した後に、NICU をもたない小児専門病院の外来を初めて受診するに至った 10 家族のうち、本研究への同意を得られた母親 6 名 (対象 A ~ F) であった。子どもの平均年齢は 11 ヶ月 (2 ヶ月 ~ 2 歳 5 ヶ月) で、NICU 入院期間は平均 6 ヶ月 ± 3 ヶ月、在宅生活は平均 44 日 ± 37 日であった。

2. データ収集方法

調査は、外来受診時や入院期間中にプライバシーが確保できる環境で個別に実施した。

面接者は、対象の母親と面識がない、または 1 回のみ外来で対応した看護師が実施した。データ収集方法は、半構成的インタビューを実施した。インタビューガイドに基づき NICU 退院後から受診までの子どもと母親の生活していた状況と医療的ケアの状況や家族の状況、退院

表 1 対象者の概要

事例	出生順位 (月・年齢)	NICU 入院期間	医療的ケア	サポート状況
A	第 1 子 (5 ヶ月)	5 ヶ月	気管切開 経管栄養 (NG)	夫以外の家族の医療的ケア 協力あり 訪問看護あり
B	第 1 子 (6 ヶ月)	5 ヶ月	在宅酸素 経管栄養 (NG)	夫と家族の医療的ケア協力 あり 訪問看護あり
C	第 2 子 (1 歳 4 ヶ月)	1 年 1 ヶ月	気管切開 終日呼吸器 在宅酸素 経管栄養 (NG)	夫と家族の医療的ケア協力あり 訪問看護なし
D	第 2 子 (2 歳 5 ヶ月)	7 ヶ月	6 ~ 7 時間呼吸器 在宅酸素 経管栄養 (ED)	夫以外の家族の医療的ケア協力 あり 訪問看護あり
E	第 1 子 (10 ヶ月)	8 ヶ月	在宅酸素 経管栄養 (NG)	夫と家族の医療的ケア協力 あり 訪問看護あり
F	第 1 子 (2 ヶ月)	2 ヶ月	在宅酸素 経管栄養 (NG)	夫の医療的ケア協力あり、夫 以外の家族の医療的ケア協力なし、 訪問看護あり

から受診までどのように過ごしていたのか等を尋ね、自由に語ってもらった。面接期間は平成 27 年 9 月～平成 28 年 1 月であり、面接時間は平均 44.8 分 ±13.0 分であった。許可を得て IC レコーダーで録音した。

3. 分析方法

超重症児をもつ母親が NICU 退院後在宅生活でどのような体験をしたのかといった現象を記述するため、データ分析は、質的記述的方法を用いた。インタビューから得られたデータを逐語録に作成し、母親の語りの内容から在宅生活を送るなかでの母親の新たな体験に焦点をあて、コード化し、類似性や差異性に着目し、比較検討を重ね、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。分析の過程において、小児看護専門の研究者のスーパーバイズを受け、分析の信実性を確保した。分析結果の妥当性は、分析の結果について研究対象者に確認し妥当性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

A 小児専門病院および滋賀県立大学倫理審査委員会(546)の承認を得て行った。対象者に研究依頼書を用いて、研究の目的、方法、意義、守秘義務、研究協力の任意性、協力中断の自由、中断後も不利益を被らないこと、インタビュー実施後の撤回の自由、結果の公表について説明した。説明後、文章での同意を得たうえでインタビューを実施した。

V. 結果

分析の結果、小児専門病院の初回受診に至るまでの母親の体験について、28 のサブカテゴリーから 8 のカテゴリーが構成された(表 2)。カテゴリーは【地域の医師と訪問看護師の新たな支援者との出会い】【役割を模索し支えあう家族

表 2 超重症児をもつ母親の NICU 退院から小児専門病院受診に至るまでの体験

カテゴリ	サブカテゴリ
地域の医師や訪問看護師の新たな支援者との出会い	訪問看護師の存在に安心 訪問看護師への遠慮と不安 気軽に受診できる頼れる近所の医師
役割を模索し支えあう家族	家族の協力や応援が支え きょうだいのふれあいの大切さと命の危険とのはざまに悩む 頼りになる夫の支え 超重症児がいることでの家族への気遣い
初めての在宅生活は不安と試行錯誤の毎日	退院を喜びながらもこれから先が不安 触れることの怖さにビクビクしながら関わる子ども 医療的ケアを行いながらの生活は予想以上に大変 医療機関の存在を支え 判断できない子どもの体調 子ども不安定な体調で予定が立たない生活
慣れない医療的ケアと育児に追い詰められる	慣れない医療的ケアへの対応に戸惑い 1人ではできない医療的ケアや育児 解放されたい医療的ケア 常に気がはっている超重症児との生活
子どもの状況に対応でき安定した体調から子どもなりの成長に気づく	体調の安定と子どもなりの成長に安堵 慣れて大切 必要に迫られてできた医療的ケア NG チューブ取りたい思いと取れない状況の心の葛藤 子どもの状況を判断してとれる行動
超重症児でもやりたい子育ては同じ	医療的ケアがあるから思うようにできない生活 生活のなかに取り入れる医療的ケアを 気になる超重症児をもつ他の母親の存在
母親としてやりきれない思いのなかで自分を責め続ける	健康な子どもとして出産できなかった自分を責める 子どもと関わりながらも自分を責める
懸命に命と闘った子どもに力づけられてがんばる	懸命に命と闘った子どもに力づけられてがんばる

支えあう家族】【初めての在宅生活は不安と試行錯誤の毎日】【慣れない医療的ケアと育児に追い詰められる】【子どもの状況に対応でき安定した体調から子どもなりの成長に気づく】【超重症児でもやりたい子育ては同じ】【母親としてやり切れない思いのなかで自分を責め続ける】【懸命に命と戦った子どもに力づけられてがんばる】である。以下ストーリーラインを示しカテゴリごとに内容を説明する。なおカテゴリを【 】, サブカテゴリを〈 〉, 母親の語りを「 」と表し, 語りのなかで意味の補足の必要なところは〔 〕で示した。

1. ストーリーライン

母親は, 子どもがNICUを退院し在宅生活を歩みだすとき〈訪問看護師の存在に安心しながらも遠慮と不安〉をもって過ごし, 〈気軽に受診できる頼れる近所の医師〉など【地域の医師と訪問看護師との新たな支援者との出会い】のなかで在宅生活を歩み出していた。退院後の生活には夫や家族・兄弟の協力や応援は必要不可欠であった。家族の協力を支えにしながらも, 母親は〈超重症児がいることでの家族への気遣い〉をしていた。また〈気になる超重症児をもつ他の母親の存在〉など家族以外のピアの存在にも心を傾けていた。まだ家族機能が成り立っていない状況で, お互いが【役割を模索し支えあう家族】関係を築いていた。母親の苦悩は続き, 初めての〈退院に喜びながらもこれから先が不安〉で〈触れることの怖さにビクビクしながら関わる子ども〉であった。入院中に医療的ケアを習得し, 自宅での生活リズムのイ

メージをつけて退院しても〈医療的ケアを行いながらの生活は予想以上に大変〉であった。〈判断できない子どもの体調〉から〈子どもの不安定な体調で予定が立たない生活〉の毎日で〈医療機関の存在を支え〉に【初めての在宅生活は不安と試行錯誤の毎日】を送っていた。また〈慣れない医療的ケアへの対応に戸惑い〉ながら〈1人ではできない医療的ケアや育児〉のもどかしさのなかで, 〈解放されたい医療的ケア〉となっていた。〈常に気ははっている超重症児との生活〉で【慣れない医療的ケアと育児に追い詰められる】生活であった。しかし子どもと関わる日々のなかで医療的ケアにも慣れ, 【子どもの状況に対応でき安定した体調から子どもなりの成長に気づく】までに母親自身も子どもとともに成長し〈生活のなかに取り入れる医療的ケア〉になることで, 【超重症児でもやりたい子育ては同じ】という体験に至っていた。母親は退院前から常に〈健康な子どもとして出産できなかった自分を責める〉ことに苦しみ, 〈子どもと関わりながらも自分を責める〉という【母親としてやり切れない思いのなかで自分を責め続ける】日々があった。心が折れそうな生活のなかでもNICU入院中から現在に至るまで母親を奮い立たせて子育てに向かわせたのは, 子どもの生きる姿であった。【懸命に命と戦った子どもに力づけられてがんばる】母親の毎日は, 一步一步確実に超重症児を家族員として受け入れていくまでの体験の積み重ねがあった(図1)。

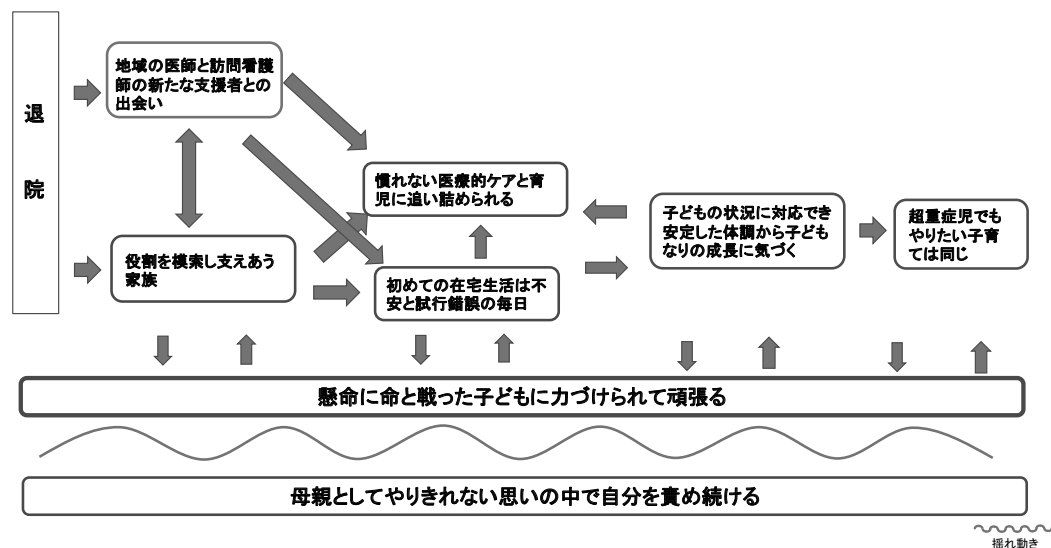


図1 超重症児をもつ母親のNICU退院から小児専門病院受診に至るまでの体験

2. カテゴリーの意味と関連性

1)【地域の医師と訪問看護師の新たな支援者との出会い】

このカテゴリーは、子どもがNICUを退院し不安の強いなかで在宅生活を送る際に新しく支えとなる医療従事者への母親の体験を表している。

退院直後は「バギーから降ろすのも、どこから降ろしたらいいんやろう、(中略)訪問看護さんが来てくれたので、もういろいろやってみてもらったりして」(事例C)と母親の戸惑いを訪問看護師がカバーしていた。また「訪問看護さんとかも、毎日来てくれはった。何か怖いわとか、不安やわってというのは、あんまりなかったです」(事例C)というように〈訪問看護師の存在に安心〉をいただく反面「訪看が来ても不安で、話を聞いてもらうくらいに感じた」(事例D)や「訪看が来てもNGチューブの交換をしてもらえない」(事例E)など母親の求めるケアをしてもらえない現状や、「時間外で来てもらうというのが、何かこう、呼べへんくて」(事例B)と〈訪問看護師への遠慮と不安〉を訴えていた。訪問看護師のみならず「何か熱があったら行ったりとか気軽にできてたので、わざわざ〇〇病院に行かなあかんとかいうのは、あまりなかったですね」(事例C)と〈気軽に受診できる頼れる近所の医師〉の診察で入院をすることなく在宅生活を送っていた。

2)【役割を模索し支えあう家族】

このカテゴリーは、新しい家族を出迎え家族機能が成立していない状況で、お互いが探り合いながら家族関係を築いていく時期の母親の体験を表している。

「〔祖父が〕お風呂も入れてくれたりするんで」(事例E)や「家族みんなが子どものことを応援してくれる」(事例E)など〈家族の協力や応援で支えられ〉ていた。また「祖母が姉の面倒をみてくれた」(事例C)ことで、母親は子どものケアに専念できるが、「お姉ちゃんも一生懸命真似をしている」(事例D)姿をみて「姉にも抱っこさせてあげたい気持ちと、命がかかっていると思えば姉にふれさせることの困難さ」(事例D)を感じ〈きょうだいのふれあいの大切さと命の危険とのほさまに悩む〉姿があった。

また夫の存在は、「〔自営業なので〕何かあったら、もう旦那を呼べたりとか、何かあっても大丈夫やろうと思っていた」(事例C)と安心できる存在であった。「NGチューブ交換を夫がしてくれる」(事例C)や「週末は夫の協力があるので、リラックスできる時間を作れる」(事例E)など、医療的ケアの協力や母親が自由になれる時間の確保をもてるようにしていた。〈頼りになる夫の支え〉は母親にとって夫の存在は特別なものであったが、社会的役割も担う父親の大変さに理解を示し「夜間、児の世話をすることで父の睡眠に影響しているのではないかと気遣う」(事例A)姿もあっ

た。また「母の妹もいろいろ思っていただろう」(事例E)と母親のきょうだいまでも気遣い〈超重症児がいることでの家族への気遣い〉をしていた。

3)【初めての在宅生活は不安と試行錯誤の毎日】

このカテゴリーは、入院中に医療的ケアを習得し自宅での生活リズムのイメージをつけて退院したが、実際の在宅生活は容易ではなく苦悩の日々が続いていた時期の母親の体験を表している。

「退院は嬉しいが医療的ケアの支援が心配・不安」(事例B)と〈退院を喜びながらもこれから先の不安〉は強かった。また子どもに触れることで、病状が悪化するのではないかと不安で「なるべく子どもに触らないようにしようってやっていた」(事例F)。「雰囲気はわかっているつもりでも、帰ってみると『これどうなん』がいっぱい出てきた」(事例D)や「〔イメージしてた〕生活とのギャップがありすぎて、気持ちも体もついていかない」(事例A)など〈医療的ケアをしながらの生活は予想以上に大変〉だったと、馴染めない日常生活に苦悩していた。「初めて救急車を呼ぶ経験・戸惑い」(事例D)や「Mちゃんが何で泣いているのか、いまいぢわからぬ」(事例F)「全部自分の自己判断やし、もうどうしたらいいんだろう」(事例D)など母親1人では〈判断できない子どもの体調〉から不安に陥っていた。それに伴い「Mちゃんの体調ひとつで狂うから予定の立たない生活」(事例F)となり、〈子どもの不安定な体調で予定が立たない生活〉を送っていた。そんな余裕のない在宅生活を踏み出すなか「Sが楽になることを考え、相談するため電話をかける」(事例A)ことができ「カレンダーを数えて受診を待つ」(事例A)など〈医療機関の存在が支え〉に母親のがんばる姿があった。

4)【慣れない医療的ケアと育児に追い詰められる】

このカテゴリーは、日々の生活のなかで慣れない医療的ケアと育児の両立に追い詰められながらも、母親が日々起きる出来事の対処に精一杯の現状のなかでもがいている時期の母親の体験を表している。

在宅生活を送ることで24時間医療的ケアがついて回るが「夜が心配、家に帰って呼吸器を1人でつけないといけない」(事例D)や「沐浴は2人で行う」(事例F)のように〈1人ではできない医療的ケアや育児〉の状況があった。退院後初めてのトラブルから対応する状況にも直面し、「初めて吸引を行うことは怖い」(事例D)や「〔NGチューブ〕トラブル発生時に対応できず怖い」(事例B)と〈慣れない医療的ケアへの対応に戸惑う〉日々を送り、「(呼吸器装着)6時間を必死でノルマのようにこなす」(事例D)「痰が多く一晩中アラームが鳴る」(事例A)など子どもの側から離れることもできず〈解放されたい医療的ケア〉となっ

ていた。「自分たちの気持ちが落ち着かない、常に緊張状態」(事例F)のなか「児が活発になり、吸引・NGチューブ抜去回数増加より、何からしたらいいかわからない」(事例A)など成長し、できることが増えてきたわが子に振り回され〈常に気がはっている超重症児との生活〉にて休まらない日々を送っていた。

5) 【子どもの状態に対応でき安定した体調から子どもなりの成長に気づく】

このカテゴリーは、子どもと関わる日々のなかで医療的ケアにも慣れ状況に応じた対応ができるようになり、母親自身も子どもとともに成長していく時期の母親の体験を表している。「児なりに成長していると感じられる」(事例F)ようになり「痰もつまらない、体調が落ち着くことでの安心」(事例C)感があり〈体調の安定と子どもなりの成長に安堵〉することにつながっていた。「NGチューブを自分で挿入できる」(事例E)ようになったり「気管カニューレを替えたら意外とすんなりできた」(事例C)など〈必要に迫られてきた医療的ケア〉が自信になっていった。「バギーから降ろすことも、どこから降ろそうか迷ったが慣れやな」(事例C)と感じ、日々医療的ケアをすることで〈慣れって大切〉であることを実感し、母親の自信につながっていた。「[NGチューブを]お腹の空いてるときに入れてと言われ、早くミルクが欲しいのに、そんな痛いことをするっていうことが、すごく辛みみたいで、10 (ml) でも、飲ませてあげて、でも、結局吐いたら、この子はかわいそうやし、「ごめん」って言って、いつも入れてるんですけど、口から全部飲まはったら辛い思いはしないのに」(事例E)と子どもの現状をしっかりと観察し子どもの限界を知っているがために〈NGチューブ取りたい思いと取れない状況の心の葛藤〉を感じていた。また「お腹いっぱいなら注用量をコントロールする」(事例E)や「だいたいの体温がわかるようになる」(事例F)など〈子どもの状況を判断してとれる行動〉ができるようになっていた。

6) 【超重症児でもやりたい子育ては同じ】

このカテゴリーは、日々の医療的ケアへの対応と、子どもの体調の不安定さによる苦悩と子どもの障害を受け入れることに葛藤する在宅生活を送るなかで、わが子の成長を感じることができ、医療的ケアのある日常を子育てとして取り組みたいという母親の体験を表している。

「酸素をしても外出を楽しめる」(事例E)や「私も、この子と出かけることが、ストレス発散で楽しい」(事例E)「11ヶ月の子どもと同じように育てたい」(事例E)という母親の気持ちが、「あまりがんばってもいないし児と遊び、大変だとは思わない」(事例E)

という子どもの育児をする姿勢で〈生活のなかに取り入れる医療的ケア〉につながっていた。しかし医療的ケアがあるがために「(呼吸器を1日6時間装着する指示に、抱っこばかりで遊びが取り入れられない)治療と発達がかみ合わなかったり」、「ちょっと散歩に行ったりはするんですけど、やっぱりね、呼吸器があったりとかって話なんで」(事例C)と医療的ケアがあることで散歩をさせたいと思っても〈医療的ケアがあるから思うようにできない生活〉で超重症児をもつ子どもとの生活の制限を感じていた。また、「病気の子をもっている[他の]お母さんはどう思っているのか」(事例C・E)と〈気になる超重症児をもつ他の母親の存在〉というピアの存在にも心を傾けていた。

7) 【母親としてやり切れない思いのなかで自分を責め続ける】

このカテゴリーは、子どもとともに前向きな在宅生活を送っていても、母親の根底には子どもへの罪悪感、自分を責め続ける体験があることを表している。

母親は「早く生まれているのって、どうしても何か自分のせいって思っているのよね」(事例B)や「自分のせいで苦しい思いをさせている」(事例E)ことに罪悪感を抱き〈健康な子どもとして出産できなかった自分を責める〉ことを続けていた。また「嫌がる児への処置をかわいそう」(事例E)に思ったり「児を再入院させることの心の葛藤」(事例A)など日々の生活のなかで〈子どもと関わりながらも自分をせめる〉ことが再び続いていた。

8) 【懸命に命と戦った子どもに力づけられてがんばる】

このカテゴリーは、生死をさまよった子どもの生きる姿勢に力づけられ両親は危機的状況を回避させ、前向きにとらえられるようになった母親の体験を表している。

「NICUのときでも、苦しいときにも、ずっとがんばって、1人でがんばってた。先生に、何回も山があるって言われて。(中略)全部この子、1人で通り抜けたし。親は何も、隣にいただけやって、この子がそうやってがんばってくれたからこそ、私らもがんばらないと」(事例E)「一番はね、子どもががんばっているからと思いますね」(事例C)と子どものがんばりが夫婦のがんばりと励みになっていた。今度は「この子は1人でがんばったからやっぱり、そのがんばったからこそ、親は今何かできること、近くにいるからこそ、できることをしてあげようっていうのは、すごく思いますね」(事例E)と、【懸命に命と戦った子どもに力づけられてがんばる】親としての責任感を自覚し親役割を模索していた。

VI. 考 察

NICU 退院後、超重症児との在宅生活をスタートする時期の母親の支えになったのが【地域の医師と訪問看護師の新たな支援者との出会い】と【役割を模索し支えあう家族】であった。〈気軽に受診できる頼れる近所の医師〉は外出もままならない家族にとって身近で安心して在宅生活を送るには欠かせない存在であった。小児科医は日々の診療で手一杯なため、在宅診療に対する十分な経験がないうえに、在宅医は小児の診療経験が乏しいなどの問題があり、超重症児の在宅生活の問題解決に向けては、小児科医だけではなく大人の在宅患者を診ている医師の協力も必要となる（中村，2015）。さらに、訪問看護師の存在も在宅医療には欠かせないものの、〈訪問看護師の存在に安心〉する反面、〈訪問看護師への遠慮と不安〉があった。訪問看護導入初期は信頼関係も未熟な時期であり、訪問看護師の役割も十分に理解できずどこまで依頼していいのかわからずに悩んでいたと思われる。佐東は（2013）、超重症児の身体状態の安定には、家族の力だけでなく、親族や地域社会資源の活用も必要と述べている。また小児（0～9歳）の訪問看護利用者数も増加傾向にあり（厚生労働省，2015）、これらのことから、超重症児の在宅で過ごす家族を支えるには、訪問看護ステーションなど地域医療施設の増加は必要不可欠であるが、同時に地域の医療には超重症児も対応できる専門的知識と技術の支援も必要である。

【初めての在宅生活は不安と試行錯誤の毎日】には、子どもの体調判断や医療的ケアの自己判断を委ねられるプレッシャーや母親自らが医療的ケアを担っていかねばならない負担を感じ母親たちは無我夢中で日々の生活を乗り越えている体験があった。入院中に医療的ケアを習得し在宅で過ごしている母親でも、在宅移行直後は〈触れることの怖さにビクビクしながら関わる子ども〉といった体験から触れることさえも安心してできない状況であった。一瀬は（2007）、わが子に対するわからないことへの不安や受け容れられない苦悩はそのままダイレクトに自己イメージへの混乱を来す原因になると述べている。今回の母親たちも、在宅生活で初めて体験したことと NICU で受けた指導とは違う実際の生活とのギャップを目の当たりにし、母親は日々の生活に苦悩していたと考える。今回の結果からも、わが子を迎えた生活は思い描いていた生活とはかけ離れ、〈慣れない医療的ケアへの対応に戸惑い〉や〈1人ではできない医療的ケアや育児〉〈解放されたい医療的ケア〉といった母親の生活は医療的ケアのある子どもと向き合う苦悩や混乱を示していた。

佐東（2013）の訪問看護師が捉えた NICU 退院直後の家族の困難には、子どもの状態の不安定さや子どもから

目を離せない生活や医療的ケアの多さなどの内容が示されていたが、今回の母親たちもそれと同様の超重症児のケアの難しさや大変さがあった。平林（2007）も、在宅移行初期の母親が手本のなさへの怒りやとまどい、どうにもならない超えられない不安に圧迫感を感じていたと述べている。この時期の母親には子育てと思える気持ちはほど遠く毎日教えられたケアをくり返し、そのなかでも医療的ケアにつまずき落ち込みをくり返す日々だったと考える。これらの対応には、地域の医療者を含めた医療者との連携が重要と考えるが、実際身近に NICU 入院児支援コーディネーターの存在もない状況では、地域医療者と退院時や退院後の情報交換がスムーズにできていない現状がある。連携の改善が、この混乱した辛い体験を乗り越えるためには必要な支援であると考えられる。

一方でそのような母親の余裕のなさにも、〈家族の協力や応援が支え〉や〈頼りになる夫の支え〉など、子どもが在宅療養を継続するには家族の存在は大きく、家族成員がそれぞれにできる役割を見出し、各々がケアを担うことで支えあうことができたと考えられる。さらに、母親は家族への遠慮や気遣いをしながら家族をねぎらう気持ちも示していた。

先行研究では超重症児をもつ「母の孤立感の深化」が明らかになっている（一瀬，2007；平林，2007）。今回の超重症児の母親には、孤立や閉じこもりの経験を口にした者はいなかった。これは出生早期から医療的ケアについて家族の支援があった母親であり、家族で超重症児をフォローしていた環境が母親の孤立感を抱かずに生活できる精神的な支援になったと考える。とくに早期在宅支援は母親のみならず家族を巻き込む支援や指導の必要性を改めて感じた。

在宅生活で混乱した日々を過ごし、家族は在宅生活に慣れない子どもの姿に戸惑う一方で、子どもなりに成長する力を発見していた。平林（2007）も生活を調整する時期には、家族が子どもの変化や成長に気づくことができるような支援と外に目を向けられるような情報提供の重要性を述べている。【慣れない医療的ケアと育児に追い詰められる】生活を送りながらも、〈体調の安定と子どもなりの成長に安堵〉する姿がみられ、〈必要に迫られることでできた医療的ケア〉が母親の自信につながっている。子どもの体調管理や医療的ケアに慣れることで〈子どもの状況を判断してとれる行動〉が母親の自信にもなっていた。大多和は（2013）、日々くり返される成功体験や生理的感情的高揚によって強化されることが、障害受容や大きな困難感を乗り越えられると述べている。【子どもの状況に対応でき安定した体調から子どもなりの成長に気づく】ことができた今回の母親は、注入力量がコントロールできたり、子どもの普段の体温が解るようになるなどの成功体験があり、気づかぬうちに困

難を乗り越えながら独自の在宅のパターンを見つけ出し、生活の見通しができるようになっていたと考える。母親は子どもの育児における責任を直接担うようになってから親であることを実感するように（安積，2003），母親の育児姿勢には、母親の現在置かれている環境や育児歴などにより左右されると思われるが、在宅移行時の混乱期を乗り越え生活になじんできたことで【超重症児でもやりたい子育ては同じ】と思えたのではないかと考える。混乱期を乗り越え子どもの変化に気づき、家族の一員であると感じられるようになったことで〈生活のなかに取り入れる医療的ケア〉から外出ができるようになり、〈医療的ケアがあるから思うようにできない生活〉と同年代の子どもと同じように刺激を与える生活を送らせたいと感じ、〈気になる超重症児をもつ他の母親の存在〉を意識し自らが外に情報を得たいと思うまでに変化できたと考える。この時期の母親は親としての自覚を得てきたと思われる。したがって母親の力を信じて看護者は一歩引いたところから母親と子どもを見守りながら支えることが重要と考える。

母親は前向きにわが子と生きようとする反面で、〈健康な子どもとして出産できなかった自分を責める〉や〈子どもと関わりながらも自分を責める〉など【母親としてやり切れない思いのなかで自分を責め続ける】思いをもっていた。しかし子どもの成長・発達が実感できることで、超重症児との生活も続けることができたと考える。そのため、母親の思いや行動を確認しながら子育てとして実感できる看護を提供することが必要と考える。

母親に超重症児の子どもとともに生きていこうと覚悟させたのは、NICUで1人【懸命に命と戦った子ども】の姿に退院前から常に勇気づけられ、子どもの生きる力が母に今の自分に何ができるのかを模索させていたと考える。勇気づけられたと感じた母親は在宅生活の支えになったと考える。

在宅移行直後の医療的ケアを在宅で実施することのギャップや子どもの体調の不安定さなどの混乱や、障害受容への葛藤から超重症児の子どもへの成長に気づき在宅での生活に向き合う母親の体験が明らかになった。母親に子どもの成長を実感できる体験に導いていくケアの追求は母親たちが地域での生活に向き合える支援となることの重要性と地域と医療機関との連携の課題が改めて示された。

Ⅶ. 結論

NICU退院後、超重症児と在宅で生活していこうとする母親の体験には、【母親としてやり切れない思いのなかで自分を責め続ける】ことを抱えながら【地域の医師

と訪問看護師の新たな支援者との出会い】や【役割を模索し支えあう家族】と新たな人間関係を構築しながら超重症児ならではの不安定な体調と在宅で行う医療的ケアのギャップから【初めての在宅生活は不安と試行錯誤の毎日】で【慣れない医療的ケアと育児に追い詰められる】生活でも【懸命に命と戦った子どもに力づけられてがんばる】ことで医療的ケアが自分でもできると実感し【子どもの状況に対応でき安定した体調から子どもなりの成長に気づく】【超重症児でもやりたい子育ては同じ】に至るまでの体験の変化があった。

超重症児の子どもと向き合う母親の体験の変化を看護師が理解することで、母親に子どもの成長を実感できる体験に導いていけるケアを追求することの重要性と今後の課題が改めて示された。

研究の限界と課題

本研究は、1施設で研究協力者が6名と限られているため、研究結果を一般化するには限界がある。今後は症例を他施設へも広めて、超重症児家族の早期支援の開発への基礎的研究へとつなげていきたい。

謝辞

本研究にご協力いただきましたお母さまがた、研究に多大なご尽力をいただきました施設長ならびに看護部長の皆さまには心よりお礼申し上げます。また、支えてくださった皆さまに改めて深謝いたします。

なお、本研究は平成27～28年度滋賀県立大学人間看護学部地域交流看護実践研究センター看護研究サポートの助成によって遂行され、要旨は、平成28年度共同研究発表会で発表した。

文献

- ・安積陽子（2003）. 早産児をもつ母親の親役割獲得過程に関する研究. 日助産会誌, 16 (2), 25-35.
- ・一瀬早百合（2007）. 障害のある乳児をもつ母親の苦悩の構造とその変容. 小児保健研, 66 (3), 419-426.
- ・江草安彦（監）.（2012）. 重症心身障害児療育マニュアル（第2版）. p.158, 東京：医歯薬出版.
- ・大多和まき.（2012）. 医療的ケアが必要な幼児の母親の自己効力感に関する研究. 在宅医療助成 勇美記念財団報告書.
- ・厚生労働省（2013）. 小児等在宅医療連携拠点事業.

- <http://www.mhlw.go.jp/seisakunituite/bunya/kenkou-iryou/iryou/zaitaku/dl/zaitakuiryou-all.pdf>
- 厚生労働省 (2015). 中央社会保健医療協議会.
www.mhlw.go.jp/file/05-syngikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000103907.pdf
 - 佐東美緒 (2013). NICU を退院した子どもを育てる家族の在宅生活を支援する訪問看護師の看護介入方法の検討. 高知県立大学看護学部紀要, 63, 25-37.
 - 滝敦子, 奥起久子, 渡部晋一, 他. (2011). NICU から退院できない長期人工呼吸管理患者の現状と在宅医療移行の阻害要因についての検討. 日未熟児新生児会誌, 23 (1), 75-82.
 - 田村正徳 (2010). 長期入院児支援システム, 母子保健情報, 62, 93-101.
 - 中村知夫 (2015). 小児在宅医療について. 日本医師会誌, 144 (3), 557-560.
 - 馬場恵子, 泊祐子, 他 (2013). 医療的ケアが必要な子どもをもつ療育者が在宅療養を受け入れるプロセス. 日小児看護会誌, 22 (1), 72-79.
 - 平林優子 (2007). 在宅療養を行う子どもの家族の生活の落ち着きまでの過程. 日小児看護会誌, 16 (2), 41-48.
 - 前田浩利 (2009). 開業医が進める小児在宅医療—その意義と実践—. 外来小児, 12, 167-185.
 - 前盛ひとみ, 岡本祐子 (2007). 重症心身障害児の母親の心理的問題と心理臨床学的援助の関する研究の動向と展望. 広島大学大学院教育学研究科紀要, 3 (56), 189-198.

研究ノート

重症心身障害児の食に対する母親の思いとその支援に関する文献検討



村田 敦子¹⁾, 平田 弘美²⁾, 古株ひろみ²⁾

¹⁾ 滋賀県立大学大学院人間看護学研究科人間看護学専攻修士課程

²⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

要旨 重症心身障害児（以下重症児）で医療的ケアを6ヵ月以上要す超重症児・準超重症児は、その存在と医療的対応が重要視されている。今回、重症児の母親は、胃ろうなどを含む食に対する思いとその支援の現状の明確化を目的に、抽出した17件文献の分析を行った。母親は経口摂取に対し、楽しみでもあるが負担感も抱き、経鼻チューブ管理への困難感とチューブに伴う子どもの外観上の問題に障害受容への葛藤を抱いていた。重症児の胃ろう造設への相談窓口の少なさが母親の迷いに影響し、その迷いは重症児の体調悪化を招く可能性があると考え、重症児の胃ろう栄養のさらなる増加が推察され、母親を取り巻く情報環境と食への価値観の変化に応じた情報提供システムの構築と、母親の障害受容に寄り添いながら、子どもの最善の利益につながる選択ができる支援の必要性への示唆を得た。

キーワード 重症心身障害児, 母親, 胃ろう, 支援, 文献検討

I. 緒言

重症心身障害とは、児童福祉法で「重度の肢体不自由と重度の知的障害を重複している障害」とされ（難波, 2012）、臨床における診断基準や障害程度区分は、大島の分類が用いられている（大島, 1998）。その分類では、分類1～4に相当するIQ35以下で、寝たきりまたは座位程度であり、発症年齢が18歳未満の児を重症心身障害児（以下重症児とする）と定めている。また救命医療の進歩により重症児のなかでも、とくに障害が重く、呼

吸管理や栄養管理などの濃密な医療的ケアと濃厚な介護を6ヵ月以上要す児を超重症児・準超重症児としている（鈴木, 2014）。保険診療において超重症児・準超重症児診療報酬加算が認められ、超重症児・準超重症児の存在とともに、その医療的対応が重要視されている。重症児の全国調査は行われていないが、全国8府県でのアンケート調査で超重症児の発生率は人口1,000人あたり0.3と推測され、そのうち在宅で過ごす児は70%とされる（杉本・河原, 2008）。また、特別支援学校の児童生徒数において、とくに医療的ケアの必要な児童生徒数は年々増加している。特別支援学校の医療的ケアの必要な児童生徒のうち、栄養に関するケアが必要な児童生徒の占める割合は24.1%を示しており（文部科学省, 2014）、経管栄養は重症児にとって必要な医療的ケアである。また重症児は経管栄養だけではなく、専門員の指導のもと経口摂取を並行して継続していることが多い。しかし重症児は加齢とともに側彎などの身体の変形が進行することが多く、その結果、重症児の嚥下、呼吸、消化管機能が退行するといわれており（舟橋・松葉佐, 2014）、咳嗽反射が弱い、もしくは消失することで誤嚥性肺炎を発症し、経口摂取を中止して経管栄養を選択せざるを得なくなる。しかし、これまで機能の発達や獲得を願い、わ

Literature review on perceptions of food and food-related support among mothers of children with severe motor and intellectual disabilities

Atsuko Murata¹⁾, Hiromi Hirata²⁾, Hiromi Kokabu²⁾

¹⁾ Graduate School Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

²⁾ School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2017年9月29日受付, 2018年1月24日受理

連絡先: 村田 敦子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町 2500

e-mail: kokabu@nurse.usp.ac.jp

が子に経口摂取を続けてきた母親にとって「子どもが口から食べる」ことを禁じられることは受け入れ難いことと考える。言語的コミュニケーションの難しい重症児にとって、経口摂取はマズローの欲求段階説での人間の基本的欲求としてだけでなく（廣瀬・菱沼・印東，2009）、親子の楽しみやコミュニケーションなどの要素が強くなり、母親に子育ての喜びをもたらすことが考えられる。しかし呼吸器感染症の発症や、体重増加不良など、重症児の健康や成長発達への影響は否めず、生命の危機に直結することもある。よって家族が重症児にとって最適な栄養方法を選択し、前向きに子育てができるように支援することが必要である。そこで重症児の母親は、経口摂取や経管栄養といった子どもの食に対してどのような思いを抱いているのか、また経口摂取や胃ろうなどを含む、食に伴う母親への支援の現状と課題を文献検討にて明らかにする。

II. 方法

1. 研究対象

国内文献は医学中央雑誌 Web 版 version5 と CiNii 国立情報学研究所論文情報ナビゲーターを用い、オンライン検索を行った。キーワードは、「重症心身障害児」「在宅」「母親」を用いて障害者自立支援法が制定された 2005～2017 年 7 月で検索し、総説や解説、会議録、重複する論文を除く計 65 件を検討した結果、食（経口・経鼻経管・胃ろう）に関する研究は 8 件とかなり少ないため、さらに重症児の「食」や「栄養」のキーワードから得た文献をハンドサーチにて、国内文献 5 件、海外文献 4 件を追加し、最終的に合計 17 件について検討した。

2. 分析方法

重症児の栄養（経口・経鼻経管・胃ろう）への母親の思いとその支援に関する文献の年次推移と記載内容を精読して要約し、内容の類似性について分析する。さらに経口摂取、経鼻経管栄養、胃ろう造設と、重症児の成長過程で、摂食・嚥下障害に伴う栄養経路の変化に沿って分析し、重症児の食に対する母親の思いと支援における課題を明らかにした。

III. 結果

栄養経路ごとの重症児の栄養に関する母親の思いとその支援に関して、重症児の栄養経路は、経口摂取から、経鼻経管栄養、胃ろう栄養と変化することが多いため、複数の食を対象にした研究が多く、記述内容は重複している。栄養経路ごとで文献内容を検討した結果、経口摂

取へのアンビバレンツな思いが 6 件、経鼻経管栄養にもなう困難感 3 件、胃ろう造設への迷いが 5 件、胃ろう造設後の揺らぎが 6 件であった。また、文献の年次推移について、明らかな傾向は認められなかった。

1. 母親の経口摂取へのアンビバレンツな思いと支援に関する研究

重症児の在宅生活において母親は、子どもの成長発達に伴い、食事や栄養に関する不安があり、咀嚼や嚥下に問題が出てきたと感じるが、どこに相談すればよいかわからず（大林・牧田，2008）、相談相手がいないことは、母親の育児負担感に影響を与え、嚥下・摂食に障害のある児の母親は、子どもの摂食・嚥下機能障害の重症度よりも、子どもの成長に伴った障害に起因した問題の変化が育児負担感を増加させることを明らかにしている（田村ら，2015）。重症児の母親は、子どもが口から食べることを「楽しみ」と捉えていて、重症児の味覚や食欲があるうちは、肺炎などの病気をもたらす結果になっても、経口摂取を続けたいとの母親の語りを報告している（田中，2012）。しかしその一方で、母親は子どもに必要な栄養や薬を与えなければならないという、経口摂取を介助することへの負担感も感じているとの報告もある（大須賀，2010）。また、母親は食べさせたい気持ちが先行して経口摂取に伴う重症児の苦痛に気づきにくいことも明らかにしている（大須賀，2010）。重症児は、反応が不明瞭であり親への反応性が低く、そのことが原因で母子相互作用が確立しにくいいため、経口摂取の介助を行う母親への支援として、重症児の行動の示す意味を母親と一緒に解釈すること、看護の視点とすり合わせて援助していくことが有効であるとしている（荒木，2007）。また、食環境の整備や、食内容指導などといった包括的な嚥下・摂食指導を多職種で連携して行うことや、子どもの発達支援という視点が重要であることが報告されている（徳田，2011）。

2. 経鼻経管栄養に伴う母親の困難感とその支援に関する研究

重症児の経鼻経管栄養について、母親は子どもの経鼻チューブの挿入が難しく、苦痛であると感じていると報告されているが（大須賀，2010）、医療的ケアのある重症児の母親は、通園や学校の送迎など日常的に子どもに付き添い、さらには子どもの経鼻留置カテーテルが抜けるという緊急事態には、学校や通園施設に出向いて対応している現状を報告している（田中，2011）。その理由として、医療安全上、学校の看護師がチューブの挿入を行わないことも多く、また慣れない看護師ではチューブの挿入が困難であると報告している（田中，2011）。また、子どもの顔に経鼻チューブをテープで固定するという外観上の問題に抵抗感があり、マスクでチューブを隠す、外出を控えるといった対処をとる（大須賀，2010）

といった障害受容に葛藤する現状も報告されていた。以上のような経鼻経管への母親の思いに対する支援について、学校や通園への看護師配置の充実や重症児看護教育の推進(田中, 2011)が示唆されていたが、障害受容への支援についての示唆はみられなかった。

3. 重症児の母親の胃ろう造設への思いとその支援に関する研究

1) 子どもの胃ろう造設への迷い

重症児医療の情報環境において、母親は専門知識をもった支援者が得られにくいと感じており、重症児医療機関の不足や相談窓口の少なさも指摘している(荒木, 2007)。また、重症児の胃ろう造設においては、子どもの差し迫った体調悪化がないかぎり、医療者は胃ろう造設の提示を家族に積極的には行わない現状があり(小泉, 2010a)、母親は重症児の胃ろう造設を1年以上の時間を費やして考えたのちに決断していることを報告している(佐藤, 2014)。しかし、母親の悩みが重症児の適切な治療時期を逃す結果になりかねないことを小泉(2010a)は述べており、母親に必要な支援として、重症児の親のレジリエンスの発揮には予備知識が重要(竹村, 2014)であり、子どもにとって必要な時期に母親が胃ろうを決断できるような情報提供と医療者のサポートを示唆している。また、胃ろう造設の意思決定において、母親が主体的に情報収集を行っており、情報量や情報内容が胃ろう造設の迷いを断ち切るスピードに影響することも小泉は報告している(小泉, 2010a)。しかし、重症児の母親が、胃ろうに関する情報をどのように獲得して解釈し、決断するのかは報告されていない。

2) 胃ろう造設後の母親の揺らぎ

a) 「子どもが胃ろうをして満足だ」という思い

胃ろう造設後に母親は、嚥下機能の回復、体重増加、下痢の改善や、入院や外来受診頻度の減少など重症児の体調の改善を実感し、また、他人からの視線が気にならない、吸引回数が減少した(半田, 2010)など、介護負担が軽減したと捉えていることを報告している。また、Sullivanら(2005)の研究において、脳性麻痺の子どもは健康が胃ろう造設後に回復し、Lee & Macpherson(2010)の研究では、胃ろう造設後、約40%の重症児者の体重が増加したと報告している。一方、脳性麻痺の子どもは母親のQOLにおける胃ろう栄養の効果についてSF-36 II尺度を使った調査では、8項目中4項目が有意に改善したと報告している(Sullivan et al. 2004)。

b) 「子どもは胃ろうをして本当によかったのか」という思い

Petersenら(2006)の研究で、子どもの胃ろう造設は期待していたほど子どもの体調は良くならな

い、または変わらないといった親の評価もあることを報告している。また日本の研究では、胃ろう管理に関し、学校との調整が困難な体験や胃ろう造設に伴うトラブルが発生することで母親は介護負担が増えたと評価し(半田, 2010)、医療処置後に子どものネガティブな反応や状態の悪化の兆候があると、自分の決断が良かったのかと自責感や無力感を抱くことを報告している(佐藤, 2014)。以上のように、子どもの胃ろう造設後にネガティブな思いを抱く母親は報告されているが、具体的な支援について報告する研究は少なく、学校との連携や指導、生活に合わせた胃ろう管理指導にとどまっている。

IV. 考察

重症児の食に関する研究においては、胃ろう造設の研究が最も多い。胃ろう栄養はPEG(percutaneous endoscopic gastrostomy)が1979年にアメリカで開発され普及した。日本においても、2000年ごろより介護保険の導入や栄養サポートチームの活動が診療加算に新設されるなどの社会背景の影響を受け、在宅療養における高齢者の胃ろう栄養が普及した。しかし生命倫理の問題から、意思決定のプロセスの整備が提唱され、日本老年医学会によって2010年にガイドラインが作成される(鈴木, 2012)。その一方で特別支援学校在籍生徒における経管栄養の胃ろうケアを必要とする児童数が、2001年から2007年で約4倍と医療的ケアのなかで最も高い増加率を示し、2014年特別支援学校の医療的ケア栄養行為別の生徒数のなかでは、胃ろう栄養の生徒が最も多かった(山田・津島, 2013)。よって在宅医療の推進という社会的背景のもとで、重症児の在宅栄養管理においても、胃ろう栄養が普及している現状が推察される。重症児の食は、経口摂取と経管栄養を併用することが特徴であることから、経鼻経管栄養から胃ろう栄養へといった栄養経路の変化に沿う研究や、経口摂取と胃ろう栄養といった複数の食に着眼した研究が行われている。

重症児の経口摂取に対し、母親はアンビバレンツな思いを抱いていた。重症児の経口摂取に対するアンビバレンツな思いが母親に生じる理由として、重症児の食事は摂食嚥下機能訓練を兼ねることが考えられる(田村, 2013)。重症児の摂食・嚥下障害への支援は、機能訓練などの子ども自身もつ「発達する力」への支援と、食事形態の工夫やポジショニングなどの「環境からの関わり」への支援が行われる。そのため母親にとって経口摂取は、子どもの成長発達を実感し楽しみであるのと同時に、子どもに必要な栄養や水分を摂り、薬を飲ませなければならないというノルマ的な感覚が生じる可能性があるため、

母親が育児負担感を増加させることがないように専門家の相談窓口を増やすことは課題である。重症児の成長に伴う嚥下・摂食障害の変化について、看護師は母親の思いに寄り添いながら一緒に評価するために、嚥下・摂食に関する専門知識とスキルを習得する必要がある。

経鼻経管栄養に伴う母親の困難感は、在宅生活における経鼻チューブの管理と関連するものが報告されている。インクルーシブ教育システムの構築が推進され、重症児の教育の場も多様化しており、医療的ケアを行うための看護師の配置も増加している。しかし、母親は就学後も子どもに付き添うことがあり、子どもの経鼻チューブの計画外抜去に学校に向く現状が、未だに存在している。「チューブの挿入は母親である自分にしかできない」という役割拘束は、母親の精神的負担となり（中川・根津・穴倉，2007）、社会生活にも影響を及ぼすことが考えられる。また、経鼻チューブの外観上の問題に対する母親の対処には障害受容への葛藤があり、子どもの活動性が制限され（泊ら，2006）、成長発達にも影響を及ぼす可能性がある。母親は口から食べられなくなっていくことに落胆し、子どもの栄養を経鼻チューブに頼ることに罪悪感を抱くこと（大須賀，2010）から、母親の障害受容支援は課題である。

重症児の成長過程において、母親は何度も子どもの障害と向き合う時期が訪れる（牛尾，1997）。重症児の胃ろう造設は漸次的機能の後退を意味することになりかねず、母親が落ち込むという障害受容における危機的な時期を招く可能性がある（牛尾，1997，牛尾，1998）ため、医療者は重症児の胃ろう造設の提案を積極的に家族に行わない現状が考察される。また、重症児医療に関する相談窓口の少なさが指摘されていることから、重症児の胃ろう造設に関する情報環境は、母親の迷いの一因となっていたことが考えられる。重症児の食について、嚥下・摂食機能を含むQOLや家族機能などを、多職種による総合的な評価（村越，2013）とともに、家族と情報や価値観を共有しながら、子どもの最善の利益につながる選択肢（小泉，2010b）を検討できるシステム構築のために研究を積み重ねていく必要がある。

重症児の胃ろう造設後に「胃ろうをしてよかった」という母親の思いは、体重が増加し、入院回数が減るなど子どもの体調が安定し、介護負担が軽減したことから心身のゆとりが生まれ、胃ろうがより良い在宅生活をもたらしたという実感から生じることが考えられる。しかし、子どもの胃ろうにトラブルが発生すると、母親は介護負担が増えたと評価し、「胃ろうをして本当に良かったのか」というネガティブな思いが生じ、自責の念に駆られる（佐藤，2014）ことが示唆された。母親が思い悩むことは、心的負担であり、親子の生活の質にも影響すると考えられる。また、重症児の親のレジリエンスの発揮には、

子どもの障害の進行や治療に関する予備知識が重要であり（竹村，2014）、母親がどのような情報をどのように解釈して、子どもの胃ろう造設を決断したのかが、胃ろう造設後の母親の揺らぎに影響することが考えられる。

小児医療における親の意思決定は、親が情報や意見を解釈し医療者との合意のもと最終選択に至ることであり、その選択は親と医療者の関わりを基盤に形成され、親の判断の下において子どもの意見を反映することである（小泉，2010b）。重症児の胃ろう造設を決断する際の支援者に、医療者は期待できないと母親は評価し、その反面、子どものことをよく知る医療者に支援してほしいとも希望している（佐藤，2014a）。重症児の胃ろう造設は母親が障害を受容する過程でもあるため、子どもの食の変化の過程で解消することのないやるせない思いで揺らぎが生じる。障害児の親の慢性的悲哀は常に内面に存在し、子どもが迎える新たな出来事が、ストレスとしてそれに働き引き金になる（中田，1995）。看護師は、重症児の胃ろう造設という新たな出来事から生じる母親の慢性的悲哀を自然な感情として受け止め、母親の価値観の変容・人間的成長を支える必要がある（牛尾，1998）。また、胃ろうを造設する重症児が増加している現状は、母親を取り巻く情報環境や価値観に影響を及ぼしている可能性も考えられる。高齢者の胃ろう造設における家族の代理決定のプロセスにおいても、加藤ら（2010）は、胃ろう造設を意味づけるために自分自身に内在する思いや価値観と向き合うことが必要な過程であると述べている。しかし、主体的に獲得した情報やアドバイスをどのように解釈して、わが子の胃ろう造設に意味を見出し、決断するのかの母親の体験を明らかにした研究は見当たらない。医療者は、家族と情報や価値観を共有しながら、子どもの最善の利益につながる選択ができるよう研究を積み重ねる必要がある。

V. 結 語

1. 成長過程に伴い、摂食・嚥下機能は後退し、重症児の食は変化することが多いことから、重症児の食における障害受容への母親支援は重要である。
2. 重症児の食の変化の過程で母親に生じる慢性的悲哀を自然な感情として受け止め、母親の価値観の変容・人間的成長を支える必要がある。
3. 胃ろう栄養の重症児の増加から、母親を取り巻く情報環境と食に対する価値観が変化している可能性があり、現状に応じた情報提供システムを構築する必要がある。

表 1 食に対する母親の思いと支援の課題に関する文献一覧（重複あり）

著者名	タイトル	出版データ	発行年数	母親の思い	支援の課題
田村文誉ら	摂食嚥下障害児の母親の育児負担感と摂食指導	日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌, 19(2), 158-164.	2015		育児負担感を増加させないために、母親を孤立させない、とくに第一子の母親にはより配慮が必要。
田中粹ら	重症心身障害者の食事に対する思い	国立病院機構南岡山医療センター臨床研究部研究業績集, 19, 38-40.	2012		経口摂取を「楽しみ」と捉えていることから、子どもの成長に伴う体調悪化や摂食嚥下機能の低下が訪れたときの障害受容支援。
大須賀美智	重症心身障害をもつ子どもの食の変化における親の対処とその関連要因に関する研究	在宅医療助成 勇美記念財団 成果報告書	2010	経口摂取に対するアンビバレンツな思い	経口摂取に負担感も抱えていることから、子どもの摂食嚥下機能や子育ての状況を母親と一緒に評価する。
大林博美ら	在宅障害児と食事—母親の意識—	日本健康医学会雑誌, 17(3), 60-61.	2008		障害児の嚥下摂食について相談・対応可能な医療機関の増設。
荒木暁子	障害のある乳幼児とその母親の食事場面における相互作用行動の特徴	千葉大学看護学部紀要, 29(3), 25-31.	2007		重症児は、反応が不明慮でありで母子相互作用が確立しにくいいため、子どもの行動の示す意味を母親と一緒に解釈する。
Mario, C. Peterson, et al.	Eating and feeding are not the same ; caregivers perceptions of gastrostomy feeding for children with cerebral palsy	Developmental Medicine& Child Neurology, 48, 713-717.	2006		経口摂取を控えるように言われても、子どもに食べさせ続ける思いに歩み寄り、医療者は子どもにとってより安全で現実的なアドバイスをすべきである。
齊本美津子	重症心身障害児の食事場面からみる母子相互作用の特徴	小児看護, 35(4), 518-521.	2012		経管栄養に変わることは母子相互作用が低下する誘因になることが推測され、子どもの反応を母親と一緒に解釈する。
大須賀美智	重症心身障害をもつ子どもの食の変化における親の対処とその関連要因に関する研究	在宅医療助成 勇美記念財団 成果報告書	2010	経鼻経管栄養に伴う困難感	経鼻チューブの管理や外観上の問題に困難感を抱き、食べられないことへの落胆、チューブに頼ることへの罪悪感もある。母親への精神的支援。
田中千鶴子ら	医療的ケアの必要な重症心身障害児(者)と家族が求める在宅支援の現状課題	日本重症心身障害学会誌, 36(1), 131-140.	2011		教育・保育機関への看護師配置と重症児看護教育の推進。
佐藤朝美ら	在宅重症心身障害児(者)の「医療的処置」の決断において母親がのぞむ医療者からの支援	日本重症心身障害児学会誌, 39(1), 99-104.	2014		決断の支援者として医療者が期待できない現状がある。重症児家族に予備知識の提供が必要。
佐藤朝美ら	在宅重症心身障害児の母親が語る「医療的処置」の決断に対する評価	日本重症心身障害児学会誌, 39(1).	2014		普段から子どもをよく知っている医療者に支援してほしいと思いがあ、決断への支援。
竹村淳子	重症心身障害児の二次障害の治療選択過程における親のレジリエンス発揮への看護	(博士論文).doi:10.15112/00013589	2014	胃ろう造設への迷い	治療選択過程のどの時期にあるのかをアセスメントして支援する。重症児のわずかな変化を継続して観察するツールが必要。
小倉邦子ら	在宅重症心身障害児の医療的ケア導入の決断における母親の思い	埼玉医科大学看護学科紀要, 23-30.	2012		子どものQOLと在宅で生活していく視点での支援を母親は求めている。時機を捉えた具体的な情報提供と理解の確認と精神的支援。
小泉麗	重症心身障害児の胃瘻造設に関する母親の意思決定過程の構造化	日本小児看護学会誌, 19(3), 1-8.	2010		胃ろう造設への迷いを断ち切るスピードに、情報の内容や量が影響することから情報提供支援の必要がある。子どもの状態と母親の理解に乖離があるときはそれを埋める支援。
佐藤朝美ら	在宅重症心身障害児の母親が語る「医療的処置」の決断に対する評価	日本重症心身障害児学会誌, 39(1).	2014		決断後もネガティブな反応があると自責感や無力感を抱く。結果の評価を一緒に行うこと、決断の意味づけの支援。
半田浩美ら	小児胃ろう外来に通院する重症心身障害児の母親が捉えた在宅での療養生活	日本看護学会論文集小児看護, 41, 23-26.	2010		地域連携のコーディネイト、在宅での生活に合わせた胃ろう管理指導。
Lee, L, et al.	long-term percutaneous endoscopic gastrostomy feeding in young adults with multiple disabilities	Internal Medicine Journal, 40, 411-418.	2010		子どもの体重が増加した。QOLとの関連は今後検討が必要。支援の課題の明記はなし。
Mario, C. Peterson, et al.	Eating and feeding are not the same ; caregivers perceptions of gastrostomy feeding for children with cerebral palsy	Developmental Medicine& Child Neurology, 48, 713-717.	2006	胃ろう造設後の揺らぎ	胃ろう造設後、期待したほど体調が良くならないとの評価がある一方で、栄養の心配がなくなりストレスは減ったとの評価もある。支援の課題の明記はなし。
Peter, B. Sullivan, et al.	Gastrostomy tube feeding in children cerebrapalsy aprospective;longitudinal study.	Dev eropmental Medicine and Child Neurology, 47, 77-85.	2005		胃ろう栄養は、体重増加と、食物繊維の豊富な取り込みを可能にすることから排便コントロールが改善し、経口摂取のみに比べ栄養状態が改善した。支援の課題の明記はなし。
Peter, B. Sullivan, et al.	Impact of gastrostomy tube feeding on the quality of life of carers of children with cerebral palsy	DeveropmentalMedicine and Child Neurology, 46, 796-800.	2004		子どもの栄養の心配が減り、投薬管理が簡易になり、栄養を与える時間が減少したことで、母親のQOLが改善した。支援の課題の明記はなし。

文 献

- ・荒木暁子 (2007). 障害のある乳幼児とその母親の食事場面における相互作用行動の特徴—時間サンプリング法を用いた頻度分析—. 千葉大看紀, 29 (3), 25-31.
- ・舟橋満寿子, 松葉佐正 (2014). 健康管理の基本的な考え方とチェックポイント. 江草安彦 (編). 重症心身障害療育マニュアル (第2版), pp.207-217, 東京: 医歯薬出版.
- ・廣瀬清人, 菱沼典子, 印東桂子 (2009). マズローの基本的欲求の階層図への原典からの新解釈. 聖路加看大紀, 35 (3), 28-36.
- ・半田浩美, 滝川忍, 山上三枝子, 内藤稔 (2010). 小児胃瘻外来に通院する重症心身障害児の母親がとらえた在宅での療養生活. 日看会論集: 小児看, 41, 23-26.
- ・小泉麗 (2010a). 重症心身障害児の胃瘻造設に関する母親の意思決定過程の構造化. 日小児看護会誌, 19 (3), 1-8.
- ・小泉麗 (2010b). 小児医療における親の意思決定—概念分析—. 聖路加看会誌, (14) 2, 10-16.
- ・Lee, L., & Mac, P.M., (2010). Longterm percutaneous endoscopic gastrostomy feeding in young adults with multiple disabilities. Intern Med J, 40, 411-418.
- ・Peterson, M., Satish, C., Pam, K., Newman, D.L. (2006). Eating and feeding are not the same ; caregivers' perceptions of gastrostomy feeding for children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol, 48, 713-717.
- ・文部科学省初等中等教育局特別支援教育課: 平成26年度特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査結果. http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1356215.htm
- ・村越孝次 (2013). 子どもの胃瘻・腸瘻造設の適応. 小児看護, 36 (7), 799-808.
- ・中川薫, 根津敦夫, 穴倉啓子 (2007). 在宅重症心身障害児の母親のケア役割に関する認識と well-being への影響. 社会福祉学, 48 (2), 30-41.
- ・中田洋二郎 (1995). 親の障害の認識と受容に関する考察—受容の段階説と慢性的悲哀. 早稲田心理学年報, 27, 83-92.
- ・難波克雄 (2012). 重症心身障害児の概念と定義. (江草安彦, 編). 重症心身障害療育マニュアル (第2版), pp.8-12, 東京: 医歯薬出版.
- ・大林博美, 牧田光代 (2008). 在宅障害児と食事—母親の意識—. 日健医会誌, 17 (3), 60-61.
- ・大島一良 (1998). 重症心身障害児の分類—大島分類の由来. 日重症心身障害会誌, 23 (1), 4-7.
- ・大須賀美智 (2010). 在宅医療助成 勇美記念財団 成果報告書. 重症心身障害をもつ子どもの食の変化における親の対処とその関連要因に関する研究.
- ・小倉邦子, 佐藤朝美, 濱邊富美子, 葉山香里 (2012). 在宅重症心身障害児の医療的ケア導入の決断における母親の思い. 埼玉医大看紀, 23-30.
- ・Sullivan, P.B., Juszczak, E., Mebachlet, A., Baclet, M.E., Lambert, B., Vernon-Roberts, A., Grant, H.W., Eltumi, M., McLean, L., Alder, N., Thomas, A.G. (2005). Gastrostomy tube feeding in children cerebrapalsy a prospective; longitudinal study. Dev Med Child Neurol, 47, 77-85.
- ・Sullivan, P.B., Juszczak, E., Mebachlet, A., Thomas, A. G., Lambert, B., Vernon-Roberts, A., Grant, H.W., Eltumi, M., Alder, N., Jenkinson, C. (2004). Impact of gastrostomy tube feeding on the quality of life of carers of children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol, 46, 796-800.
- ・佐藤朝美, 小倉邦子, 濱邊富美子 (2014a). 在宅重症心身障害児 (者) の「医療的処置」の決断において母親がのぞむ医療者からの支援. 日本重症心身障害児学会誌, 39 (1), 99-104.
- ・佐藤朝美, 小倉邦子, 濱邊富美子 (2014b). 在宅重症心身障害児が語る「医療処置」の決断に対する評価. 日本重症心身障害児学会誌, 39 (1), 93-98.
- ・齊本美津子 (2012). 重症心身障害児の食事場面からみる母子相互作用の特徴小児看護. 35 (4), 518-521.
- ・杉本健郎, 河原直人, 田中英高, 谷澤隆邦, 田辺功, 田中正徳, 土屋滋, 吉岡章 (2008). 超重症児の医療的ケアの現状と問題点 全国8府県のアンケート調査. 日小児会誌, 112 (1), 94-101.
- ・鈴木裕 (2012). 胃瘻栄養の適応と問題点. 日老医誌, 49, 126-129.
- ・鈴木康之 (2014). 超重症児, 準超重症児の概念と対応. (江草安彦, 編). 重症心身障害療育マニュアル (第2版), pp.157-164, 医歯薬出版.
- ・竹村淳子 (2014). 重症心身障害児の二次障害の治療選択過程における親のレジリエンス発揮への看護 (博士論文). doi:10.15112/00013589
- ・田村文誉 (2013). 重症心身障害児から軽度発達障害児までを含めた摂食・嚥下発達の基本. 小児看護, 36 (9) 1203-1230.
- ・田村文誉, 水上美樹, 町田麗子, 児玉実穂, 保母妃美子, 磯田友子, 元開早絵, 高橋賢晃, 菊谷武 (2015). 摂食嚥下障害児の母親の育児負担感と摂食指導. 日摂食嚥下リハ会誌, 19 (2), 158-164.
- ・田中梓, 鴛海由美子, 池上佳 (2012). 重症心身障害者の「食事」に対する母親の思い—経口摂取と経管栄養を併用する事例を通して—. 国立病院機構南岡山医療センター臨床研究部研究業績集, 19, 38-40.

- ・田中千鶴子, 渡邊富美子, 俵積田ゆかり, 菅原スミ, 三宅捷太 (2011). 医療的ケアの必要な重症心身障害児(者)と家族が求める在宅支援の現状と課題(第1報)ー横浜市におけるサービス利用の調査からー. 日重症心身障害会誌, 36 (1), 131-140.
- ・泊祐子, 竹村淳子, 道重文子, 古株ひろみ, 谷口恵美子 (2012). 医療的ケアを担う看護師が特別支援学校で活動する困難と課題. 大阪医大看研誌, 2, 40-50.
- ・泊祐子, 長谷川桂子, 石井康子, 豊永奈緒美, 普照早苗, 大野久美, 近松由美子, 箕浦直美, 池戸晴美 (2006). 主たる介護者への面接調査による重度重複障害のある子どもの活動性の促進に関する研究. 岐阜県立大学紀要, 7 (1), 21-27.
- ・泊祐子, 竹村淳子, 道重文子, 古株ひろみ, 谷口恵美子 (2012). 医療的ケアを担う看護師が特別支援学校で活動する困難と課題. 大阪医大看研誌, 2, 40-50.
- ・徳田和恵 (2011). 経鼻経管栄養から経口栄養への移行が困難であった児と母親に対する包括的支援経過ー通園療育における事例ー. 特殊教育学研究, 49 (2), 181-189.
- ・牛尾艶子 (1997). 重症心身障害児(者)をもつ母親の危機時期に関する研究. 吉備国際大学保健学部紀要, 2, 1-6.
- ・牛尾艶子 (1998). 重症心身障害児を持つ母親の人間の成長過程についての研究. 小児保健研, 57 (1), 63-70.
- ・山田景子, 津島ひろ江 (2013). 江特別支援学校における医療的ケアと実施に関する歴史の変遷. 川崎医療福祉学会誌, 23 (1), 11-25.

研究ノート

一般病棟における看護師の教育背景と 高齢患者への身体拘束に対する認識との関係



森野美由紀¹⁾, 平田 弘美²⁾

¹⁾ 聖泉大学

²⁾ 滋賀県立大学

要旨 一般病棟で働く看護師の背景（教育歴，経験年数，高齢者に対する偏見（エイジズム））と，身体拘束に対する認識の関係を明らかにすることを目的とした。A 県下の病院で働き，直接高齢患者の看護ケアを行っている看護師に，無記名自記式質問紙調査法を実施した。405 部のアンケートが回収され，そのうち 402 部を分析対象とした（有効回答率 80.4%）。対象者の平均年齢は 33.2±9.1 歳で，看護師の平均経験年数は 10.5±8.2 年であった。身体拘束に対する認識に関係する要因について，重回帰分析した結果，卒後に認知症看護に関する研修参加の有無（ $\beta=0.19, p < 0.01$ ），エイジズム（ $\beta=0.18, p < 0.01$ ），看護師の経験年数（ $\beta=-0.14, p < 0.01$ ）が関係していた（自由度調整済み $R^2=1$ ）。身体拘束に対する認識には，看護師の経験から得た知識や卒後教育から得た知識が，身体拘束を必要とする認識を低くすることが判明した。また，エイジズムが身体拘束を必要とする認識を高くするということが判明した。エイジズムを低下させるためには，高齢者と接することや，高齢者や認知症患者への看護に関する基礎教育が必要であるということが示唆された。

キーワード 看護師，高齢者，身体拘束，認識

I. 背景

わが国は，総人口が減少する一方で高齢者人口は増加を続け，2016 年の高齢化率は 27.3% であり（厚生労働省，2017），2060 年には 39.9% になることが推計されている（内閣府，2016）。そのような状況のなか，2014 年の入院受療率においては，65 歳以上の患者は全体の 68.8%，75 歳以上では 49.1% であり（厚生労働省，2015），入院患者の約 7 割は 65 歳以上の高齢者であることが伺える。

高齢者は加齢に伴い，筋力や聴力，視力，認知力等の

機能が低下するが（堀内・大淵・諏訪，2013），入院によってさらに筋力や認知機能等の低下を招く可能性がある（相川・泉・正源寺，2012）。さらに認知症や転倒歴のある高齢者は，入院中に身体拘束を使用される率が高いということが報告されている（大山・鈴木・小竹・佐藤・野俣，2010）。

先行研究によると，一般病棟に入院した高齢者が，身体拘束を用いられることにより，歩行機能の低下といった身体的弊害や（湯野・泉・平松・井上，2009），自己の存在価値だけでなく，生きる意味をも見失わせるといった精神的弊害があることが報告されている（小橋，2007，2010）。身体拘束は，指定介護老人福祉施設において「緊急やむを得ない場合」に該当する 3 要件（切迫性・非代替性・一時性）以外は原則使用が禁止されている（厚生労働省，2001）。一方で精神科以外の一般病院での身体拘束の規制は明記されておらず，一般病棟において 4 人に 1 人の高齢者が身体拘束をされていることが報告されている（西嶋・千葉・佐々木・山本，2009）。また，看護師の日勤勤務者数が少ない病棟で，身体拘束実施率が高いことが報告されている（西嶋ら，2009）。

先行研究では，認知症などにより治療に対して協力が得られない患者，転倒の危険性がある患者（関根，

Relationships between nurses' recognitions regarding physical restraints and the nurses' education background in general ward settings

Miyuki Morino¹⁾, Hiromi Hirata²⁾

¹⁾ Seisen University

²⁾ The University of Shiga Prefecture

2017 年 9 月 29 日受付，2018 年 1 月 24 日受理

連絡先：森野美由紀

聖泉大学看護学部老年看護学領域

住 所：彦根市肥田町 720

e-mail：morino-m@seisen.ac.jp

2000), 点滴やチューブ類の自己抜去の可能性がある患者(藤嶋・福田, 2002)に身体拘束を使用される傾向があることが明らかになった。看護師はそのような高齢者に対してジレンマを感じながらも, 安全確保や治療優先といった理由により身体拘束を使用していることが報告されている(丸井ら, 2007)。さらに経験年数3年未満の看護師は, 事故を起こすことへの不安や仕事の負担軽減を理由に身体拘束を使用する傾向にあるということも報告されている(山川ら, 2007)。

しかしながら身体拘束廃止に向けた取り組みがなされている病院もあり, 病院全体で身体拘束廃止に取り組むことにより, 身体拘束の実施率が減少するということが明らかになっている(星野・中尾, 2004)。また, 身体拘束に関する研修などの教育を受けることで, 看護師の身体拘束に対する認識が変化したという結果も報告されていた(大森・中野・吉澤, 2007)。

これらの先行研究では, 身体拘束に関する実態調査や, 看護師・患者の身体拘束に対する認識や思いに関する質的研究やアンケート調査がほとんどで, 看護師の身体拘束に対する認識についてスケールを用いた研究は見当たらなかった。そこで今回, 日本語版身体抑制認識尺度(Akamine・Yokota・Kuniyoshi, 2003)を用いて, 看護師の背景(教育歴, 経験年数, 高齢者に対する偏見)と, 看護師の身体拘束を必要とする認識との関係について明らかにすることを目的に研究を行った。

II. 研究目的

本研究の目的は, 一般病棟で働く看護師の背景(教育歴, 経験年数, 高齢者に対する偏見)と, 身体拘束に対する認識との関係を明らかにすることである。

1. 本研究の仮説

- 1) 看護系学校卒業後に認知症患者への看護や身体拘束に関する研修に参加したことがある看護師は, 身体拘束を必要とする認識が低い。
- 2) 経験年数の長い看護師は, 身体拘束を必要とする認識が低い。
- 3) 高齢者に対する偏見(エイジズム)が低い看護師は, 身体拘束を必要とする認識は低い。

III. 用語の定義

1. 身体拘束

本研究でいう身体拘束とは, 「簡単に身体を動かさず, 動きの自由を奪うあらゆる器具や物体を, 患者の身体に装着あるいは隣接させることによって患者の行動を制限

すること」とする(看護研究百科, 2009; 身体拘束ゼロへの手引き, 2001)。

2. エイジズム

本研究でいうエイジズムとは, 「高齢者に対する根深い偏見であり, また老人であるという理由で人々に対してなされる, 体系的なステレオタイプ化および差別」のこととする(杉井・橋本・林, 2007)。

3. 一般病棟

身体拘束の使用に関して介護型の療養病棟は, 介護保険法により規定があり, また精神科では, 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律により規定がある。そこで, 本研究でいう一般病棟とは「介護型療養病棟と精神科病棟以外の病棟」とする。

IV. 研究方法

1. 研究対象

A 県下の 65 歳以上の高齢患者が入院する介護型療養病棟や精神科病棟以外の一般病棟に勤務し, 直接患者の看護ケアを行っている看護師で, 本研究の趣旨に賛同・協力が得られた看護師 402 名を対象とした。

2. 調査方法

A 県下の 65 歳以上の高齢患者が入院する一般病院について, 「一般社団法人 A 県病院協会」のサイトを用いて検索した。検索した病院のうち, 精神科単科や小児科単科の病院を除外し, 100 床以上の一般病床のある総合病院を対象として, 27 病院を選出した。そのなかから, 研究者が勤務する B 市周辺の 5 病院の看護部長(局長)に面会もしくは電話にて研究目的や意義・研究方法を説明し, 研究協力を依頼した。協力が得られた際には, 看護部長(局長)に質問紙の内容を確認してもらい, 対象となる看護師の人数分の質問紙を手渡し, 配布を依頼した。研究対象者には書面にて研究目的や意義・研究方法を説明し, 回答を記入した質問紙を封筒に入れたうえで, 期限内に一定の場所に提出もしくは郵送にて返送するよう依頼した。

回収方法は, 看護部長(局長)と相談のうえ, 3 病院は各病棟の一定の場所に提出する方法で, 2 病院は郵送にて返送する方法となった。一定の場所に提出することとした病院への回収は, 研究者が直接各病院に回収にまわった。

3. データ収集期間: 2014 年 7 月から 8 月。

4. 研究デザイン: 無記名自記式質問紙調査法。

5. データ収集項目

1) 基本属性

- ①年齢, ②性別, ③看護の基礎教育の年数, ④看護系の学校で受けた老年看護学の講義の有無, ⑤看護師

としての経験年数, ⑥看護系学校卒業後の認知症患者への看護に関する研修等の参加の有無, ⑦看護系学校卒業後の身体拘束に関する研修等の参加の有無.

2) エイジズム(日本語版 Fraboni エイジズム尺度短縮版)

エイジズムは「高齢であることを理由とする, 人々に対する系統的なステレオタイプ化と差別のプロセス」という概念を基に, Fraboni が Fraboni エイジズム尺度 (Fraboni Scale of Ageism; FSA) を開発した (原田・杉澤・柴田, 2008). 本研究では, Fraboni らが開発したエイジズム尺度をもとに, 原田ら (2008) が日本の社会・文化的文脈に適合している 14 項目を抜粋して開発した, 日本語版 Fraboni エイジズム尺度短縮版 (以下 FSA と略す) を用いる.

FSA は 14 項目で構成されており, 「そう思う」(5 点) から「そう思わない」(1 点) の 5 件法で回答を得る. 尺度合計は 14 ~ 70 点で, 点数が高いほどエイジズムが高いことを示す. FSA の信頼性は, Chronbach の α 係数 0.85 である (原田ら, 2008).

3) 看護師の身体拘束に対する認識 (日本語版身体拘束認識尺度)

身体拘束使用認識尺度 (The Perceptions of Restraint Use Questionnaire: PRUQ) は, Strumpf と Evans (1994) によって開発された尺度であり, 本研究ではその身体拘束使用認識尺度を基に, 赤嶺らが日本語版に開発した日本語版身体拘束認識尺度 (以下 J-PRUQ と略す) を用いる (Akamine et al., 2003).

J-PRUQ は, 合計 17 項目で構成されている. それぞれの 17 項目について, 「全く必要でない」(1 点) から「最も必要」(5 点) の 5 件法で回答を得る. 尺度合計は 17 ~ 85 点で, 点数が高いほど身体拘束を必要と認識していることを示す. J-PRUQ の信頼性は, 17 項目全体の Chronbach の α 係数 0.91 である (Akamine et al., 2003).

6. データの分析方法

分析には SPSS for Windows Ver.20 を用いた. 独立変数と従属変数との関係は, スピアマンの順位相関係数と重回帰分析を用いて分析し, 有意水準を 5% とした. さらに, 性別や二択で回答するもの以外の独立変数は 2 群に分類し, t 検定とマン・ホイットニーの U 検定を行った.

7. 倫理的配慮

研究対象者に対して, 研究の意義, 目的, 方法, 研究への参加は任意であること等について文書により説明を行った. 質問紙には無記名で回答してもらい, 研究への参加は質問紙を提出することにより, 研究への同意が得られたこととした. 本研究は, 滋賀県立大学の研究に関する倫理委員会にて承認を得たうえで実施した (第 383 号).

V. 研究結果

研究の同意が得られた A 県下の 5 施設に質問紙を 500 部配布し, そのうち回収されたのは 405 部 (回収率 81%) であった. 使用した 2 つの尺度 (FSA, J-PRUQ) のいずれか 1 つの全質問項目に対して記載がない 3 部の回答を除外し, 402 部を分析対象とした (有効回答率 80.4%).

1. 対象者の属性 (表 1)

対象者の平均年齢は 33.2 (SD=9.1) 歳で, 377 名 (93.8%) が女性であった. 看護に関する基礎教育年数は 85 名 (21.1%) が大学で看護教育を受けており, 357 名 (88.8%) が基礎教育において老年看護学の授業を受けていた. 看護師としての経験年数は平均 10.5 (SD=8.2) 年であり, 卒業後に 84 名 (20.9%) が身体拘束に関する研修を, 212 名 (52.7%) が認知症患者に関する研修を受けていた.

表 1 基本属性

		N=402	
年齢		33.3 ± 9.1 (歳)	
看護師としての経験年数		10.5 ± 8.2 (年)	
性別	男性	25名	6.0 (%)
	女性	377名	93.8 (%)
	無回答	1名	0.2 (%)
基礎教育の教育年数	2年	15名	3.7 (%)
	3年	257名	63.9 (%)
	4年	85名	21.1 (%)
	5年以上	33名	8.2 (%)
	無回答	12名	3.0 (%)
老年看護学の授業の有無	有り	357名	88.8 (%)
	無し	40名	10.0 (%)
	無回答	5名	1.2 (%)
卒業後 身体拘束に関する研修会参加の有無	有り	84名	20.9 (%)
	無し	315名	78.4 (%)
	無回答	3名	0.7 (%)
卒業後 認知症患者への看護に関する研修会参加の有無	有り	212名	52.7 (%)
	無し	187名	46.5 (%)
	無回答	3名	0.7 (%)

2. エイジズム (日本語版 Fraboni エイジズム尺度短縮版: FSA)

FSA は合計点数が高いほどエイジズムが高いことを示し, 70 点が最高点である. 本研究の対象者の尺度合計の平均値は, 25.8 (SD = 7.4) 点であった. 14 項目全体の Chronbach の α 係数は, 0.87 であった.

3. 看護師の身体拘束に対する認識 (日本語版身体拘束認識尺度: J-PRUQ) (表 2 参照)

J-PRUQ は, 合計点数が高いほど身体拘束に対する認識が高いことを示し, 85 点が最高得点である. J-PRUQ の尺度合計の平均値は, 52.5 (SD=10.2) 点であった. 各項目の中で平均値が一番高かった項目は, 「6. 医療処置妨害」の「a. カテーテルを抜く」4.1 (SD=0.9) 点, 「d. 縫合を外す」4.1 (SD=1.0) 点であった. 次いで平均値

が高かった項目は「b. 栄養チューブを抜く」4.0 (SD=0.9) 点, 「c. 点滴チューブを抜く」3.8 (SD=0.9) 点, であった。その一方で, 平均値が低かった項目は, 「9. スタッフ不足のため」1.8 (SD=0.8) 点, 「7. 動きすぎる高齢者を落ち着かせ休養を与えるため」2.1 (SD=0.9) 点, 「3. 他人の物を取るのを防ぐため」2.3 (SD=0.9) 点であった。本研究の J-PRUQ の 17 項目全体の Chronbach の α 係数は, 0.90 であった。

4. 基本属性の質問項目間の関係

1) 基本属性間の相関関係

それぞれの基本属性間の質問項目について, スピアマンの順位相関係数を用いて調べた。その結果, エイジズムの尺度合計との相関関係で, 看護師としての経験年数 ($r=0.12, p < 0.05$), 基礎教育での老年看護学の講義の有無 ($r=0.14, p < 0.01$) との間に有意差が認められた。

また, それぞれの基本属性と J-PRUQ の尺度合計との相関関係についても, スピアマンの順位相関係数を用いて調べた。その結果, 看護師の身体拘束に対する認識と, 看護師としての経験年数 ($r=-0.17, p < 0.01$),

エイジズム ($r=0.21, p < 0.01$) に有意差が認められた。

2) 基本属性別にみた身体拘束に対する認識の差

正規分布が認められなかった対象者の年齢, 基礎教育の教育年数について 2 群に分類したものと, 看護系の学校で受けた老年看護学の講義や卒業後の身体拘束・認知症に関する研修参加の有無を問うた質問項目を独立変数とし, J-PRUQ の尺度合計を従属変数として, マン・ホイットニーの U 検定を行った。

年齢はサンプル数が同程度になるよう, 29 歳以下の群と 30 歳以上の群の 2 群に分類した。その結果, 29 歳以下の群 (54.5±10.2 点) と, 30 歳以上の群 (51.0±10.0 点) に有意差が認められた ($p < 0.01$)。また, 看護系学校卒業後に認知症患者への看護に関する研修参加の有無について, 参加経験のある群 (50.3±9.6 点) と, 参加経験のない群 (55.0±10.3 点) に有意差が認められ ($p < 0.01$), 身体拘束に関する研修参加の有無についても, 参加経験のある群 (50.6±10.6 点) と, 参加経験のない群 (53.1±10.0 点) に, 有意差が認められた ($p < 0.05$)。

3) 身体拘束の認識に関係のある因子 (表 3)

基本属性を独立変数とし, J-PRUQ の尺度合計を従

表 2 日本語版身体拘束認識尺度の項目毎の平均点

		N=402
項目		平均値 (M)±標準偏差 (SD)
1 転倒・転落予防	a. ベッドからの転落	3.7±1.0
	b. 椅子からの転落	3.4±0.9
	c. 不安定な歩行による転落	3.1±1.1
2	徘徊防止のために抑制する	2.6±1.0
3	他人の物をとるのを防ぐために抑制する	2.3±0.9
4	危険な場所や物に近づくのを防ぐために抑制する	2.9±1.0
5	混乱して周りの人に迷惑をかけるのを防ぐために抑制する	2.7±1.0
6 医療処置妨害	a. カテーテルをぬく	4.1±0.9
	b. 栄養チューブをぬく	4.0±0.9
	c. 点滴チューブをぬく	3.8±0.9
	d. 縫合をはずす	4.1±1.0
	e. 傷口のガーゼをとりはずす	3.5±1.0
7	動きすぎる高齢者を落ち着かせ休養を与えるために抑制する	2.1±0.9
8	判断力にかけられる高齢者の安全を確保するために抑制する	2.8±1.0
9	スタッフ不足のために抑制する	1.8±0.8
10	看護スタッフや他の患者への身体的危害を防ぐために抑制する	2.9±0.9
11	興奮状態の高齢者を管理するために抑制する	2.7±1.0
尺度合計		52.5±10.2

表 3 身体拘束の認識に関係のある因子 (Stepwise 法)

N=402		
項目	標準回帰係数 (β)	p 値
卒業後認知症患者の看護に関する研修参加の有無	0.193	0.000
エイジズム	0.178	0.001
看護師としての経験年数	-0.142	0.002
決定係数 調整済みの R ²	0.1	
F 値	13.717	0.000

属変数とした重回帰分析 (Stepwise 法) の結果, 身体拘束に対する認識に関係する要因は, 「看護系学校卒業後に認知症患者への看護に関する研修等への参加の有無」 ($\beta = 0.19, p < 0.01$), 「エイジズム」 ($\beta = 0.18, p < 0.01$), 「看護師としての経験年数」 ($\beta = -0.14, p < 0.01$) が関係していた。これらの3変数が, 身体拘束の認識に関して 10% 説明していた (調整済み $R^2 = .1$)。

VI. 考 察

1. 看護師の身体拘束に対する認識

看護師がどのような場面で身体拘束を必要と認識しているかについて調べた結果, カテーテルや点滴チューブ, 栄養チューブを患者が自己抜去してしまう, もしくは縫合を外すといった医療処置に対する妨害に対して身体拘束を必要とする認識が高かった。また, ベッドや椅子からの転落, 不安定な歩行に伴う転倒の危険性がある患者に対しても, 身体拘束を必要とする認識が高かった。その一方で, スタッフ不足や, 動きすぎる高齢者を落ち着かせ休養を与えるため, 他人の物を取るのを防ぐためといった理由での身体拘束を必要とする認識は低かった。

先行研究では, 身体拘束をされる患者の要因として, 認知症の有無にかかわらず, 患者に転倒歴がある場合や, 脳血管疾患に伴う麻痺等で転倒・転落の危険性がある場合 (大山ら, 2010), 挿管チューブや点滴等, 生命維持に必要な管が挿入され, 無意識にチューブ類を自己抜去される危険性がある場合 (鈴木ら, 2006; 丸井ら, 2007; 小野・梅津・橋本 2009; 大山ら, 2010) が挙げられていた。本研究でもカテーテルの自己抜去や, 縫合を外す, 栄養チューブ等の自己抜去といった可能性がある患者に対して, 身体拘束が必要と認識されていた。その一方で, 先行研究では人手不足 (丸井ら, 2007) や, 仕事の負担を減らす (山川ら, 2007) といった理由で身体拘束をしている場合が報告されていたが, 本研究ではスタッフ不足のために身体拘束を必要とする認識は低かった。先行研究と同様に, 本研究でも「医療処置妨害」の予防といった治療を優先させるためや, 「転倒・転落患者予防」といった患者の安全を守るために身体拘束を必要と認識されていた。その一方で, 先行研究とは相反して「スタッフ不足」のための身体拘束は必要と認識されていなかった。

2. 身体拘束に対する認識と看護師の背景

1) 身体拘束の認識に関係する看護師としての経験

本研究の結果より, 「看護師としての経験年数」が長いほど, 身体拘束を必要とする認識が低くなることがわかった。山川ら (2007) は, 看護師としての経験

年数が短い看護師は, ケアに対する自信のなさや事故が起こることへの恐れから身体拘束を使用すると述べている。その一方で, 経験年数の長い看護師は, 看護師としての経験をとおしてさまざまな患者と向き合いながら, 身体拘束を使用せずにケアを行っていることが考えられる。看護師は, 身体拘束を使用することにより, 患者の状態が「余計悪くなる」, 患者の「目つきが悪くなる」などの身体的・精神的弊害を経験している (島田・上田・大谷・田所, 2011)。また, 湯野ら (2009) は, 患者への身体拘束による強制的な安静により, 短期間での歩行能力低下という身体的弊害を示唆していた。そのため看護師は, 身体拘束をできるだけ使用せずに対処したいと感じている (関根, 2000; 山本, 2004)。経験が長い看護師は, そのような過去の経験の積み重ねによって, 身体拘束を必要とする認識を低くするのではないかと考える。

2) 身体拘束の認識に関係する看護師の教育背景

重回帰分析 (Stepwise 法) を用いて, 看護教育と身体拘束に対する認識について調べた結果, 「看護系学校卒業後に認知症患者の看護に関する研修等への参加」の経験が, 身体拘束の認識を低くしているということがわかった。しかし, 「看護の基礎教育の年数」や「基礎教育での老年看護学の講義の有無」については, 相関関係は認められなかった。これらの結果から, 看護系学校で受けた教育というよりは, 卒業後に認知症患者への看護や身体拘束に関する研修等への参加で得た知識が, 身体拘束を必要とする認識を低くすることがわかった。

倉田・牧野・村上 (2014) は, 認知症患者への看護を学ぶことにより, 認知症に伴った患者の不穏や脱衣, 徘徊等の行動の裏に, 何を抱え, 訴えようとしているのか, どのような不安があるのかを考えることにつながると述べている。このことから, 認知症患者への看護に関する研修等へ参加することは, 看護師の認知症に対する理解を深めることにつながり, 身体拘束を必要とする認識を低くするのではないかと考える。また大森ら (2007) は, 身体拘束に関する研修等に参加することにより, 身体拘束に伴う弊害を理解するため, 身体拘束を必要とする認識が低くなることを述べている。今回の調査でも, 「看護系学校卒業後に身体拘束に関する研修等への参加」の経験がある群とない群では, 身体拘束認識尺度の尺度合計に有意差が出ており, 身体拘束について教育を受けることが, 身体拘束を必要とする認識を低くすることが明らかとなった。

本研究において, 約 7 割の対象者が大学ではない教育機関で学び, 約 9 割の対象者が基礎教育で老年看護に関する講義を受けていたものの, 身体拘束に対する認識と基礎教育での老年看護学講義の有無に関しては

関係がなかった。糸峰（2013）は、新卒看護師は看護師として必要な基礎知識はもっているが、その知識を看護ケアやその判断といった実践に適応させていくということを、学生時代に認識できていないことを示唆している。身体拘束の使用を判断する場面では、基礎知識だけでなく、その状況や患者の状態を考慮する等の判断力や経験が必要となる。今回の調査で、基礎教育と身体拘束に対する認識に有意差が認められなかったのは、身体拘束に対する認識には、基礎教育で培われる知識に加え、経験から培われた知識や判断力を伴うためではないかと考える。

3) 身体拘束の認識に関係する看護師のエイジズム

今回の研究結果で、エイジズムが身体拘束を必要とする認識を高くすることということがわかった。そしてエイジズムには、基礎教育での老年看護学の講義の有無が関与していた。

畑野・箕原（2014）は、個々の看護学生が、高齢者へのインタビューをすることによって、エイジズムが低下したと述べている。また岩井（2010）も、看護学生が高齢者に対しての理解が深まるような講義内容にし、グループワークでの意見交換を取り入れることによって、エイジズムが低下したと述べている。これらのことから、エイジズムには、基礎教育での老年看護学の教育が関与しているのではないかと考える。今回の調査では、看護系学校卒業後に認知症患者への看護に関する研修等へ参加することによって、身体拘束を必要とする認識を低くすることが明らかとなった。また、エイジズムが高いことによって、身体拘束を必要とする認識が高くなることも明らかとなった。畑野ら（2014）や岩井（2010）の研究と本研究の結果から、高齢者と接することや、高齢者や認知症患者への看護に関する教育を受けることによってエイジズムが低くなり、エイジズムの低下に伴って身体拘束を必要とする認識も低くなるのではないかと考える。

Ⅶ. 研究の限界と今後への課題

本研究では、「認知症患者への看護に関する研修等への参加の有無」、「エイジズム」、「看護師としての経験年数」の3変数と身体拘束に対する認識との関係に有意差は認められたものの、それらの相関係数が低い結果であった。それが今回の研究の限界の1つと考える。しかしながら、それらの要因は少なからず身体拘束の認識と関係があることはわかった。今後の課題としては、大学における基礎教育において看護学生のエイジズムや高齢患者への身体拘束を必要とする認識が低くなるよう、高齢者や認知症患者に対する看護に関しての教育内容をさ

らに検討していく必要があると考える。

また、A県下にある5施設の一般病棟に勤務する看護師のみを対象としているため、研究結果の一般化には難しいことである。今後は高齢者への身体拘束に対する認識について、研究結果の一般化ができるよう、対象施設を拡大し調査をしていく必要があると考える。

Ⅷ. 結論

一般病棟で働く看護師の身体拘束に対する認識には、以下の3つのことが示唆された。

- 1) 看護系学校卒業後に認知症患者への看護や、身体拘束に関する研修・講習会に参加した看護師は、その知識が深まり、高齢患者への身体拘束を必要とする認識が低くなる。
- 2) 経験年数が長い看護師は、経験から得た知識が深まり、高齢患者への身体拘束を必要とする認識が低くなる。
- 3) 高齢者に対する偏見（エイジズム）は、基礎教育・卒後教育を受け、看護師としての経験を積み重ねることで低くなり、高齢患者への身体拘束を必要とする認識が低くなる。

謝辞

本研究をまとめるにあたり、調査にご協力いただきましたA県下一般病棟に勤務する看護師の方々、調査関係施設の病院長・看護部長（局長）はじめ関係スタッフ、看護師の皆さま方に感謝申し上げます。

文献

- 1) 相川みづ江, 泉キヨ子, 正源寺美穂 (2012). 一般病院に入院中の高齢者における生活機能の変化に影響する要因. 老年看護学, 16 (2), 47-56.
- 2) Akamine, Y., Yokota, T. & Kuniyoshi, M. (2003). Reliability and Validity of the Japanese Version of Physical Restraint Use Questionnaire. 琉球医学会誌, 22 (1-2), 21-28.
- 3) 藤嶋良恵, 福田貴子 (2002). 抑制を行う時の看護婦の判断過程. 日看会論集: 老人看, 32, 62-64.
- 4) 畑野相子, 箕原文子 (2014). 高齢者の結晶性能力の受け止め方と看護学生のエイジズム及び高齢者イメージとの関連. 滋賀医大看護学ジャーナル, 12 (1), 35-39.

- 5) 萩野雅 (1996). 看護倫理をどのように教えるか?—看護倫理教育への示唆—. 看教, 37 (1), 17-20.
- 6) 原克行 (2010). スピーチロックの廃止に向けて—「何気なく使ってしまう言葉を見直そう」—. 高齢者安心・安全ケア, 14 (2), 31-39.
- 7) 原田謙, 杉澤秀博, 柴田博 (2008). 都市部の若年男性におけるエイジズムに関連する要因. 老年社会科学, 29 (4), 485-492.
- 8) 星野典子, 中尾久子 (2004). 高齢者の抑制廃止の取り組みに関する研究—既に取り組んでいる施設の調査を通して—. 山口県大看紀, 8, 69-74.
- 9) 堀内ふき, 大淵律子, 諏訪小百合 (編・著) (2013). ナーシング・フラフィカ 老年看護学 (1) 高齢者の健康と障害. メディカ出版, 42-50.
- 10) 今井秀子, 木村ゆかり, 服部紀美子, 川村薫, 津田徳子, 中根理江, 中川翼 (2000). 抑制をなくす現場実践—「抑制廃止宣言」から8か月の経過と現状—. 看護誌, 64 (7), 628-633.
- 11) 糸峰一郎 (2013). 新卒看護師のリアリティショックに関する研究の動向と課題—過去20年の文献から—. 茨城県立医療大学紀要, 18, 1-13.
- 12) 岩井恵子 (2010). 看護学生の持つ高齢者イメージの分析. 関西医療大学紀要, 4, 110-121.
- 13) Kolanowski, A., Hurwitz, S. & Taylor, L.A. (1994). Contextual Factors Associated With Disturbing Behaviors in Institutionalized Elders. ナーシングリサーチ, 43 (2), 73-79.
- 14) 厚生労働省 (2015). 患者調査 (受療率). http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/2017_9_20.
- 15) 厚生労働省 (2001). 身体拘束ゼロへの手引き. http://www.cms.pref.fukushima.jp/download/1/koureif_sisetsu_kousokutebiki.pdf, 2013_9_01.
- 16) 厚生労働省 (2013). 平成24年度我が国の保健統計.
- 17) 厚生労働省 (2013). 用語の解説. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryuosd/08/dl/02.pdf>, 2014_5_1.
- 18) 孝田明美, 桑本友子, 松田佳子, 池田あすみ, 大草智子, 松尾ミヨ子 (2004). 看護師の抑制に対する意識調査. 日看会論集: 成人看 I, 34, 36-38.
- 19) 小森晃 (2011). 倫理的感性が行動制限最小化にもたらすもの. 精神科看護, 38 (2), 15-20.
- 20) 倉田貞子, 牧野公美子, 村上静子 (2014). 一般病院における認知症高齢者への身体拘束防止の取り組み—看護師の認識および身体拘束実施状況の変化に関する量的検討—. 日認知症ケア会誌, 12 (4), 763-772.
- 21) 丸井明美, 関千代子, 上原朋子, 浅野均, 佐藤圭子, 沼里悦子, 松野未来, 山岸千恵, 曾田美恵子, 安川揚子, 吉田美穂, 堀内ふき (2007). 茨城県の一般病院における高齢者に対する身体拘束の実施状況. 茨城病医誌, 25 (1), 21-25.
- 22) 水上貴子, 糸畑郁代, 澤谷薫, 浜野洋子, 中町由美子 (2011). 高齢者の抑制に対する家族の思い. 日看会論集: 老年看, 41, 28-31.
- 23) 内閣府 (2016). 平成28年版 高齢社会白書.
- 24) 新美梓, 白川敦子, 中神さゆり, 平原広登, 赤峰真理子 (2006). 脳神経外科・神経内科病棟における身体拘束について—判断基準のマニュアル作成を試みる—. 名古屋市大看研録, 2005, 67-72.
- 25) 西嶋梓, 千葉由美, 佐々木晶世, 山本則子 (2009). 都内医療機関における身体抑制—現状と関連要因の検討—. 高齢者虐待防止研, 5 (1), 94-101.
- 26) 小楠範子 (2007). 身体拘束としてのベッド柵を強いられる認知症高齢者にとってのベッド柵の意味. 日認知症ケア会誌, 6 (3), 524-531.
- 27) 小楠範子 (2010). 拘束の弊害の一側面としてのスピリチュアルペイン. ホスピスケア在宅ケア, 18(3), 318-324.
- 28) 小野真紀子, 梅津妙子, 橋本公仁子 (2009). カンファレンスによる身体拘束解除の判断基準. 日看会論集: 成人看 I, 40, 149-151.
- 29) 大森美重, 中野智子, 吉澤恵一 (2007). 回復期リハビリテーション病棟における取り組み—身体拘束解除に向けて—. 日看会論集: 老年看, 38, 79-81.
- 30) 大山奈緒美, 鈴木孝樹, 小竹恵子, 佐藤祐子, 野俣和久 (2010). 脳血管障害患者における転倒予防のための抑制実施判断および抑制解除判断基準の要因分析. Brain Nurs, 26 (1), 105-114.
- 31) 乙村優, 徳川早知子 (2011). 一般病棟で認知症高齢者とのかかわる看護師の困難. 日看会論集, 54 (3), 114-118.
- 32) 関根貴子 (2000). 一般病棟における看護職者の痴呆性高齢者に対する抑制の実施プロセス. 神奈川看護大看教研録, 25, 381-387.
- 33) 関山亜美, 玉寄さやか, 山城千草, 金城朗 (2010). 抑制解除に対する看護師の意図的な関わり—抑制の意識調査と実態調査の検討—. 沖繩看研会集録, 25, 47-50.
- 34) 島田佳代, 上田今日子, 大谷彩子, 田所みき子 (2011). 急性期病院での認知症高齢者看護の困難性. 川崎市川崎病看研録, 65, 59-62.
- 35) Strumpf, E.N., Evans, K.L. (1988). Physical Restraint of the Hospitalized Elderly: Perceptions Of Patients and Nurses. ナーシングリサーチ, 37 (3), 132-137.
- 36) 鈴木香恵子, 河人賜帆, 栗沢郷子 (2006). 第1ICU

- における抑制の実態調査—急性期領域における抑制の必要性—。磐田市総病誌, 7 (1), 24-29.
- 37) 杉井潤子, 橋本有理子, 林有学 (2007). 現代社会における年齢差別 (エイジズム) の実態解明と高齢化教育の推進.
- 38) Tanner, C.A., 和泉成子 (2000), 看護実践における Clinical Judgement, インターナショナルナーシングレビュー, 23 (4), 66-77.
- 39) 田端佳鶴子, 高原優子, 藤原由利 (2008). 行動制限同意書にサインをした時点での家族の気持ちを知る. 日看会論集: 看総合, 39, 9-11.
- 40) 鳥羽美香 (2005). エイジズムと社会福祉実践—専門職の高齢者観と実践への影響—. 文京学院大人間研紀, 7 (1), 89-100.
- 41) 上田美和子, 新谷美智子, 横山峰子, 佐伯敏生, 久保田絵美, 佐々木公恵 (2010). 身体拘束削減に向けての「身体拘束マニュアル」の有用性—身体拘束に関わる看護職者・介護職者の意識調査の比較—. 日看会論集: 老年看, 41, 44-147.
- 42) 山川雅子, 米沢真希子, 山田智代, 吉岡奈美, 堀美栄子, 塚原節子 (2007). 経験年数3年未満の看護師の抑制に対する認識. 日看会論集: 看総合, 38, 303-305.
- 43) 山本美輪 (2004). 高齢者を身体的抑制することに対する看護者のジレンマ—量的データと自由記載データからの探索—. 大阪看大医療技短大紀要, 9, 19-26.
- 44) 山本美輪 (2005). 看護系経験年数による高齢者の身体的抑制に対する看護師のジレンマの差. 日看管理会誌, 9 (1), 5-12.
- 45) 四宮圭美, 安部千恵美, 坂本晴美, 山下浩子 (2005). 公立総合病院看護職の身体拘束に対する意識調査—状況判断時のジレンマを中心に—. 日看会論集: 看総合, 36, 52-54.
- 46) 米津貴子, 山田枝美子 (2003). 抑制に対する急性期患者の心理と認識—インタビューを通じて得た課題—. 日看会論集: 成人看 I, 34, 39-41.
- 47) 湯野智香子, 泉キヨ子, 平松知子, 井上克己 (2009). 急性期病院における内科疾患を有する高齢患者の退院時の歩行能力低下に影響する要因. 金沢大つるま保健会誌, 33 (2), 81-87.

研究ノート

介護老人保健施設に入所する高齢者の便秘に対する雑穀甘酒の有用性



山田 博子¹⁾, 平田 弘美²⁾, 大矢みちこ³⁾, 松田 恵³⁾, 水本こずえ³⁾, 塚本 京子³⁾

1) つぶつぶ雑穀料理ひだまり

2) 滋賀県立大学

3) 医療法人友仁会介護老人保健施設アロフエンテ彦根

要旨 便秘症の高齢者は、酸化マグネシウム製剤を長期に服用していることが多い。近年、酸化マグネシウム製剤の服用による脱力感・無気力といった高マグネシウム血症や腎障害などの副作用の危険性が指摘されている。今回、便秘改善の効用が期待され、食物繊維が豊富な発酵食品である「雑穀甘酒」に注目した。本研究は、介護老人保健施設に入所する便秘症の高齢者8名を対象に、酸化マグネシウム製剤からの離脱をめざし、雑穀甘酒の飲用により、自然排便があるかどうかを検証した。3つの期間（1）酸化マグネシウム製剤内服中、2）酸化マグネシウム製剤中止中、3）雑穀甘酒の飲用中、各2週間）に分けて、データ収集を行った。項目は、排便回数、便の量・性状、浣腸・大腸刺激性薬剤の使用状況、排便の有無である。介入の結果、3名の対象者において、雑穀甘酒の飲用期間中に1～2日おきに自然排便が認められた。1名は、雑穀甘酒の介入1週目には自然排便がなく、大腸刺激性座薬を使用した。12～14日目に連続3日の自然排便が認められた。洋式便器に座り排便時に腹圧をかけることが可能である高齢者において、雑穀甘酒の飲用は便秘症の改善に一定の有用性がある。

キーワード 便秘, 高齢者, 雑穀, 甘酒, 酸化マグネシウム製剤

I. 背景

高齢者は、食事摂取量の低下による便量の減少や腸管壁の萎縮による腸管運動低下、排便を行うための筋力低下による腹圧の減弱などが起こりやすく、便秘をきたしやすい（塩塚, 2013）。したがって、受診や入院の際に便秘に対して下剤が処方されることも少なくない。一度処方されると、その下剤の効果や副作用、必要性について見直されることがなく、継続して内服している高齢者

も多い。陶山・加藤・赤松・西田（2006）は、介護施設で生活する高齢者278名の8割が下剤を内服し、下剤以外に排便を促す対処法が実施されておらず、下剤に依存した対処方法が明らかになったと報告している。

近年、下剤として酸化マグネシウム製剤を高齢者が長期に内服し、脱力感・無気力といった高マグネシウム血症の出現や、腎障害などの副作用の危険性が指摘されている（医薬品医療機器総合機構, 2015）。独立行政法人医薬品医療機器総合機構（2015）が、酸化マグネシウム製剤の副作用についての使用上の注意改訂指示を2015年10月20日付で発表し、使用上の注意を掲載した。これを受けて酸化マグネシウム製剤を製造する製薬会社から、医療機関や介護施設に注意喚起が行われた。これは高マグネシウム血症を発症し、死亡など重篤な転帰をたどる症例報告が集積したことを受けた措置であり、このことから高齢者に対して酸化マグネシウム製剤の使用を必要最小限量にとどめることが急務となっていることがわかる。したがって、高齢者に対して酸化マグネシウム製剤に頼らない便秘の改善方法について検討することは、医療・介護関係者において重要課題であるといえる。これまでも高齢者の便秘は看護の課題として考えら

Effects of millet amazake on constipation in residents of long-term care health facility

Hiroko Yamada¹⁾, Hiromi Hirata²⁾, Michiko Ooya³⁾, Megumi Matsuda³⁾, Kozue Mizumoto³⁾, Kyoko Tsukamoto³⁾

¹⁾ Tubu Tubu Millet Cooking Hidamari

²⁾ The University of Shiga Prefecture

³⁾ Aro Fuente Hikone, Long-Term-Care Health Facility

2017年9月29日受付, 2018年1月24日受理

連絡先: 山田博子

つぶつぶ雑穀料理ひだまり

住 所: 彦根市立花町 6-38

e-mail: hikko0622@gmail.com

れ、便秘評価尺度の作成がされてきた（深井・塚原・人見，1995）。薬剤を使用しない排便ケアの方法として，外部刺激によるアプローチには，長時間温罨法（留畑・南山・河江・細野・岩元，2007），下腹部湿熱加温（細野・堀岡・久光・井垣，2010）の研究報告や，腹臥位療法（板倉，2006）の症例報告がみられる。海外の研究では，耳つぼ治療法による便秘症の改善効果について調べられたもの（Yang et al, 2014）もあるが，耳つぼ治療法に関しては，専門的技術の習得が必要であり，看護師が日常的なケアに取り入れるには難しい。

便秘の予防については，食物繊維の摂取や腸内細菌叢の改善が必要であることがよく知られている。そこで今回，食物繊維が豊富な発酵食品である雑穀甘酒に注目した。雑穀ごはんを麹で作る雑穀甘酒は，食物繊維が豊富で，乳酸菌の宝庫である（大谷，2007）。また，甘酒は，ビタミンB群が豊富で，善玉菌のえさとなるオリゴ糖も豊富に含まれている。そのため，便秘の予防・改善，体内の有毒物質の排出に役立つとされている（大谷，2013）。甘酒の季語は5月で，江戸時代，初夏には冷やし甘酒売りが千軒以上も出ており，梅雨時期の感染予防・夏バテ予防の健康ドリンクとして人気があった。昭和40年代後半まで，日本の農家では，毎日甘酒を飲む習慣があった（大谷，2013），といわれている。このように甘酒は，かつて日本人が日常的に飲んでいた飲み物であり，高齢者にも取り入れやすいと考える。これまで雑穀甘酒を便秘ケアに用いた先行研究は見当たらず，今回，雑穀甘酒を用いて高齢者の便秘改善の効果を検証することとした。

II. 目的

本研究の目的は，介護老人保健施設に入所し，便秘症で酸化マグネシウム製剤を内服している高齢者を対象に，酸化マグネシウム製剤から離脱し，雑穀甘酒で便秘症が改善するかについて検討することである。

III. 用語の定義

便秘とは，排便が3日間みられない状態または排便がないことにより，腹満感，腹痛など不快症状を伴う状態とする。

IV. 研究方法

1. 研究対象者

滋賀県内の介護老人保健施設に入所中で，便秘症があり，酸化マグネシウム製剤を内服中の高齢者8名を対象とした。対象者の選定にあたっては，病状・治療が安定している高齢者で，担当医師が参加可能であると判断した者とした。また，認知症を患い，独歩でトイレに行けるもので，スタッフによる排便の確認が難しい者，食事制限があるものは除外した。

2. データ収集方法

次の3つの期間（各2週）における排便回数，便の量・性状，浣腸・大腸刺激性座薬の使用の有無について，データ収集し比較した。

- 1) 酸化マグネシウム製剤内服期間。
- 2) 酸化マグネシウム製剤中止期間。
- 3) 雑穀甘酒の飲用期間。

3. 試験食品と経口量

雑穀甘酒として，ヒエ，もちアワ，もちキビ，高キビ，黒米，白米を炊いて，麹で発酵させたものを使用した。雑穀甘酒はノンアルコールで，食物繊維が豊富である。雑穀甘酒の作り方は，「つぶつぶ雑穀甘酒スイーツ」（大谷，2014）のレシピを用いた。

1回当たりの経口量は，高齢者の食事摂取に支障がなく，飲用可能な量を検討し，100ml/日とした。雑穀甘酒の対象者への提供時間は，介護老人保健施設の看護職と相談のうえ，食事摂取に支障がない午後3時とした。

4. 雑穀甘酒の有用性の判断基準

1～2日に1回の自然排便がみられる状態を「有用性あり」と判断する。

5. 倫理的配慮

滋賀県立大学研究倫理専門委員会にて承認を得たうえで，研究の主旨を対象者および家族に説明し，同意書の提出により参加の意思表示を確認した。対象者に排便が4日間みられない場合や，腹満感がある場合には，排便や大腸刺激性座薬にて対応し，対象者に不利益が生じないように配慮した。酸化マグネシウム製剤の中止に関しては，医師の許可を得た。

V. 研究結果

1. 対象者の基本属性

対象者の基本属性は，表1に示した。対象者は，男性1名，女性7名の計8名。年齢は，87～102歳で，平均年齢は93歳であった。酸化マグネシウム製剤の内服量は，330mgを1日1錠内服しているものが，1名（A氏），2錠内服しているものが6名（B・C・D・E・F・G氏，

表 1 対象者の基本的属性

	年齢	性別	酸化 Mg 製剤の内服量	主病名	併存疾患
A	92	男	330mg ×1 錠 / 日	糖尿病	両変形膝関節症, 緑内障
B	91	女	330mg ×2 錠 / 日	パーキンソン病, 高血圧	大腸がん (80 歳代)
C	99	女	330mg ×2 錠 / 日	心不全, 尿閉 (膀胱留置カテーテル)	なし
D	102	女	330mg ×2 錠 / 日	高血圧	なし
E	87	女	330mg ×2 ⇒ 1 錠 / 日 *	脳梗塞	なし
F	90	女	330mg ×2 錠 / 日	廃用症候群, 胸膜腔膿瘍	なし
G	91	女	330mg ×2 錠 / 日	心不全, 低カリウム血症	慢性関節リウマチ
H	92	女	330mg ×3 錠 / 日	認知症, 排尿困難	両膝人工関節

*E 氏は, 調査開始 7 日目に酸化 Mg 製剤の内服量が減量された。

表 2 対象者の ADL・経口形態

対象者	ADL			要介護度	生活自立度	認知症老人の日常生活自立度	経口形態 (主食/副食)
	便座	食事	移動				
A	座る	自立	車いす全面介助	4	B2	I	全粥/きざみ食
B	座る	自立	車いす見守り	1	B1	II a	軟飯/5分菜食
C	座らない	自立	車いす 自走	3	B1	II b	米飯/普通
D	座る	自立	車いす 自走	4	B1	I	全粥/5分菜食
E	座る	自立	車いす 自走	3	A2	-	軟飯/中きざみ食
F	座らない	自立	車いす移乗介助	5	C1	III a	全粥/中きざみ食
G	座らない	自立	車いす移乗介助	4	B2	III a	全粥/中きざみ食
H	座る	自立	車いす移乗介助	2	B2	II a	全粥/中きざみ食

うち E 氏は, 調査開始 7 日目に 1 錠に変更.), 3 錠内服しているものが 1 名 (H 氏) であった。主病名は, 糖尿病, パーキンソン病, 心不全, 高血圧, 脳梗塞, 廃用症候群, 心不全, 認知症などであった。併存疾患には, 変形性膝関節症, 慢性関節リウマチなどがあった。

対象者の日常生活動作 (ADL) 状況および要介護度, 生活自立度, 認知症老人の日常生活自立度, 食事の経口形態は, 表 2 に示した。排泄動作は, 便座に座ることができる者が 4 名 (B・D・E・H 氏) で腹圧がかけられた。排便時のみ便座に座る者が 1 名 (A 氏) で排便時に腹圧がかけられなかった。便座に座らず, オムツ内排泄をする者が 3 名 (C・F・G 氏) であった。8 名全て, 車いす座位を保ち, 自力で食事摂取することができた。移動動作は, 便意を感じたときに速やかに移動できるかどうかにかかわる項目であるが, 車いす全面介助を要する者 1 名 (A 氏), 車いす移乗介助を要する者 3 名 (F・G・H 氏), 車いすの移乗・移動見守りが必要な者 1 名 (B 氏), 車いす自走可能な者 3 名 (C・D・E 氏) であった。

要介護度は, 1 が 1 名 (B 氏), 2 が 1 名 (H 氏), 3 が 2 名 (C・E 氏), 4 が 3 名 (A・D・G 氏), 5 が 1 名 (F 氏) であった。生活自立度は, A2 が 1 名 (E 氏), B1 が 3 名 (B・

C・D 氏), B2 が 3 名 (A・G・H 氏), C1 が 1 名 (F 氏) であった。認知症老人の日常生活自立度は, I が 2 名 (A・D 氏), II a が 2 名 (B・H 氏), II b が 1 名 (C 氏), III a が 2 名 (F・G 氏) であった。

経口形態は, 柔らかい方から順に, 主食は, 全粥 5 名 (A・D・F・G 氏), 軟飯が 2 名 (B・E 氏), 米飯が 1 名 (C 氏), 副食がきざみ食 1 名 (A 氏), 中きざみ食 4 名 (E・F・G・H 氏), 5 分菜食 2 名 (B・D 氏), 普通食 1 名 (C 氏) であった。

2. 研究期間中の排便状況およびケア

酸化マグネシウム製剤内服中, 酸化マグネシウム製剤中止中, 雑穀甘酒の飲用中の各 2 週間における排便状況および処置状況 (大腸刺激性座薬, 浣腸, 摘便) を表 3 に示した。

酸化マグネシウム製剤内服中の 2 週間の 8 名の排便状況は, 排便日数が 3 ~ 14 日, 排便回数が 5 ~ 48 回であった。酸化マグネシウム製剤のみの内服で, 排便がみられたものは 4 名 (B・E・G・H 氏) で, 大腸刺激性座薬, 浣腸, 摘便の処置 (以下, 便処置とする) を必要としたものは, 4 名 (A・C・D・F 氏) であった。

酸化マグネシウム製剤中止中の 2 週間では, 排便日数

表3 排便の日数・回数・性状と大腸刺激性座薬・摘便・浣腸の回数

対象者	酸化 Mg 内服中 (2W)	酸化 Mg 中止中 (2W)	甘酒飲用中 (2W)	効用
A	排便回数 (日数/回数) 5日/6回 (硬0普4軟0泥0不2) (多4中0少0不1)	6日/6回 (硬2普3軟0泥0不明1) (多2中3少0不0)	4日/4回 (硬2普1軟1泥0不明0) (多3中1少0不0)	
	大腸刺激性座薬 / 浣腸 / 摘便	4回/0回/3回	3回/0回/3回	×
B	排便回数 (日数/回数) 10日/13回 (硬0普2軟4泥6不1) (多2中8少2不1)	15日/20回 (硬0普3軟4泥12不1) (多5中11少4不1)	10日/12回 (硬0普1軟3泥8不0) (多7中1少2不1)	
	大腸刺激性座薬 / 浣腸 / 摘便	0回/1回/1回	0回/1回/0回	○
C	排便回数 (日数/回数) 5日/5回 (硬0普4軟1泥0不0) (多2中3少0不0)	4日/4回 (硬0普3軟0泥0不1) (多0中3少0不1)	4日/4回 (硬0普4軟0泥0不0) (多2中1少0不1)	
	大腸刺激性座薬 / 浣腸 / 摘便	0回/0回/4回	0回/0回/4回	×
D	排便回数 (日数/回数) 7日/8回 (硬0普8軟0泥0不0) (多2中3少3不0)	6日/6回 (硬0普4軟2泥0不0) (多3中3少0不0)	5日/8回 (硬0普6軟1泥1不0) (多4中2少1不1)	
	大腸刺激性座薬 / 浣腸 / 摘便	1回/0回/0回	0回/0回/0回	○
E	排便回数 (日数/回数) 10日/11回 (硬0普8軟1泥0不2) (多1中6少2不2)	13日/20回 (硬0普13軟4泥0不3) (多1中12少4不3)	13日/18回 (硬0普18軟0泥0不0) (多2中9少7不0)	
	大腸刺激性座薬 / 浣腸 / 摘便	0回/0回/0回	0回/0回/0回	○
F	排便回数 (日数/回数) 3日/5回 (硬0普4軟0泥1不0) (多3中1少1不0)	4日/4回 (硬3普1軟0泥0不0) (多1中3少0不0)	4日/5回 (硬1普3軟1泥0不0) (多1中3少1不0)	
	大腸刺激性座薬 / 浣腸 / 摘便	3回/0回/0回	4回/0回/0回	×
G	排便回数 (日数/回数) 14日/30回 (硬0普2軟21泥4不1) (多3中10少14不3)	6日/9回 (硬0普2軟4泥2不1) (多2中4少2不1)	6日/9回 (硬0普1軟6泥2不1) (多1中4少4不0)	
	大腸刺激性座薬 / 浣腸 / 摘便	0回/0回/0回	1回/3回/3回	×
H	排便回数 (日数/回数) 14日/48回 (硬0普8軟19泥2不19) (多0中6少24不18)	6日/8回 (硬2普3軟3泥0不0) (多1中3少3不1)	6日/10回 (硬6普3軟1泥0不0) (多0中0少0不0)	
	大腸刺激性座薬 / 浣腸 / 摘便	0回/0回/0回	3回/0回/0回	○

* (便性状) 硬: 硬便, 普: 普通便, 軟: 軟便, 泥: 泥状便, 不: 不明 * (便量) 多: 多量, 中: 中等量, 少: 少量, 不: 不明

が4～15日, 排便回数が4～20回であった。E氏のみ便処置を必要とせず, ほかの7名(A・B・C・D・F・G・H氏)は, 大腸刺激性座薬, 浣腸, 摘便などの便処置を必要とした。

酸化マグネシウム製剤を中止し, 甘酒飲用期間中の2週間は, 排便日数が4～13日, 排便回数が4～18回であった。便処置を1回以上必要としたのは, 6名(A・B・C・F・G・H氏), 便処置を全く必要としなかったのは2名(D・E氏)であった。

1～2日に1回の自然排便がみられる状態を「有用性あり」と判断したので, 浣腸を一度使用したB氏, 前半は大腸刺激性座薬を3回使用したH氏も含めて, 4名(B・D・E・H氏)を雑穀甘酒の有用性ありとした。

1) 自然排便が認められた例

3名の対象者において, 雑穀甘酒の飲用期間中に1～2日おきに自然排便が認められた(B・D・E氏)。B氏は, 雑穀甘酒の飲用後, 6～8日目に3日間排便がなく, 1回浣腸を使用した, その後は, 毎日自然排便がみられた。D氏は, 雑穀甘酒の飲用開始1～3日目は自然排便がなかったが, 4日目以降, 1～2日おきに自然排便がみられた。E氏は, 浣腸や摘便などの処置をせず, ほぼ毎日(14日中13日)自然排便がみられた。

1名は, 雑穀甘酒の飲用1週目には自然排便がなく大腸刺激性座薬を使用した, 12～14日目に連続3日の自然排便が認められた(H氏)。

2) 自然排便が認められなかった例

4名は、酸化マグネシウム製剤の中止期間と同様に自然排便がなく、3～4日に1回の頻度で大腸刺激性座薬や浣腸・摘便の処置を必要とした（A・C・F・G氏）。A・C・F氏は、酸化マグネシウム製剤内服期間中も、大腸刺激性薬剤や摘便などの処置を併用して排便を促していたが、甘酒飲用期間中にも同様の処置を必要とした。

3) 酸化マグネシウム製剤内服期間中に軟便・泥状便が多い例

G・H氏は、酸化マグネシウム製剤の内服期間中（2週間）において、排便は毎日あったものの少量ずつの便で、排便回数がG氏30回、H氏48回と多く、その多くが軟便や泥状便であった。G氏は、酸化マグネシウム製剤中止期間中および雑穀甘酒の飲用期間中は、排便日数は6日、排便回数は9回と減少したが、浣腸などの処置を必要とした。H氏は、酸化マグネシウム製剤中止期間中は、排便日数が6日、排便回数が8回と減少したが、浣腸などの処置を必要とし、硬便もみられた。雑穀甘酒の飲用期間中も、H氏は、1週目は大腸刺激性薬剤の使用を必要としたが、2週目後半に自然排便がみられた（前述）。

4) 雑穀甘酒の飲用により自然排便が認められた例の特徴

雑穀甘酒の飲用により自然排便が認められたものは、洋式便器に座り排便時に腹圧をかけることができる高齢者であった（B・D・E・H氏）。A氏は、排便時のみ便座に座るが、腹圧がかけれられない高齢者であり、雑穀甘酒の効用は認められなかった。

VI. 考 察

1. 高齢者の便秘に対する雑穀甘酒の有用性

洋式便器に座り、排便時に腹圧をかけることが可能である高齢者において、雑穀甘酒の飲用は、便秘症の改善に一定の有用性があると考えられた。

高齢者の慢性便秘について、塩塚（2013）は、大腸の蠕動運動の低下によって起こる「弛緩性便秘」と、排便反射が起こらないために便の排出ができないことによって起こる「直腸性便秘」とがあり、寝たきり状態の高齢者はその両方の便秘を伴っていることが多いと述べている。今回の対象者は、主治医による弛緩性便秘、直腸性便秘の分類はされていなかったが、A・C・F氏のように、酸化マグネシウム製剤内服中にも大腸刺激性座薬や浣腸・摘便などの処置を要したことから、両方の便秘を伴っていることが考えられた。

雑穀甘酒の飲用は、乳酸菌とオリゴ糖、食物繊維の摂取量を増やし、排出しやすい便の性状（普通便～軟便）を保つ効果を期待し、今回の介入研究を行った。すなわち、弛緩性便秘により便塊が硬くなることを予防する目

的であった。洋式便器に座り、腹圧をかけることが可能である高齢者B・D・E氏において、甘酒の飲用後、自然排便が認められたことから、甘酒飲用による弛緩性便秘が改善されたのではないかと考える。

A・C・F氏は、酸化マグネシウム製剤内服中から大腸刺激性座薬などの処置を必要としており、直腸性便秘も存在している可能性が伺えた。したがって、便塊が直腸に達したあとも排便反射が起こらず、便塊の性状が普通便であっても便が排出されないことから、大腸刺激性薬剤や浣腸、摘便などの処置を必要としたと考えられる。このような直腸性便秘のある高齢者には、排便反射を促進するために、雑穀甘酒だけでなく、便座に座るなど腹圧がかかるようなアプローチを併用する必要があると考える。

G・H氏は、酸化マグネシウム製剤の内服により泥状便もみられ、排便回数が多いことから下痢傾向であると考えられたが、内服中止後に大腸刺激性座薬などの便処置を必要とし、H氏は硬便が認められた。高齢者の便秘には、直腸内に便塊が貯留し排出できない状態に下剤を使用し、便の表面だけが溶けて流れ出し下痢と間違われやすい陥入便がある（塩塚、2013）ことも知られている。高齢者の便秘には、下痢症状もみられることがあるため、多方面からの看護アセスメントが必要になる。また、陶山ら（2006）の報告では、介護施設で生活する高齢者において下剤を内服するものがほぼ8割を占める一方で、下痢症状があるものが4割を占めるとされている。それらのことから、下剤を内服している高齢者の排泄状況を観察し、下剤がその高齢者に適しているのか、下剤の副作用はないのかなど適切なアセスメントを実施する必要があると考える。高齢者が長期に酸化マグネシウム製剤を内服することにより、高マグネシウム血症の出現や腎障害などの副作用の危険性が指摘されている。そのような副作用を予防するためにも、身体に負担とならない甘酒などの発酵食品を使用して、自然排便を促すようなケアが必要だと考える。

2. 雑穀甘酒の効用が得られるまでの期間と量

今回、雑穀甘酒の飲用は2週間としたが、2週目後半に自然排便がみられた例があり、効用が認められるまでの期間には個人差があると考えられた。また、本研究では、対象者の食事はそれまでのものと変えずに、雑穀甘酒100mlの飲用を追加するのみの介入であった。対象者が摂取していた食事形態は、白米の全粥食や軟飯であり、食事全体に占める食物繊維や菌量については調べていなかったため、その影響については不明である。雑穀甘酒のレシピ考案者である大谷（2011）は、戦後の日本人の食生活の変化に警鐘を鳴らしており、戦前から日本人の主食であった雑穀と野菜を中心とした食生活を食事全体の6割にすることを提案している。Lee（2016）は、韓

国の中学生と教員を対象に12週間のベジタリアン食を摂取することでの排便習慣に及ぼす効果を調べ、腸管運動の改善がみられたことを報告している。今回、雑穀甘酒の飲用期間が2週間と短期間であったこと、食事全体の変更でなく雑穀甘酒のみの飲用であったことは、本研究の限界と考える。

Ⅶ. 結 論

洋式便器に座り排便時に腹圧をかけることが可能である高齢者において、雑穀甘酒の飲用は便秘症を改善する傾向があると考えられる。

謝 辞

研究の対象者およびご家族の皆さま、ご理解とご協力を賜りました老人介護保健センター職員の皆さまに深謝いたします。なお本研究は、滋賀県立大学地域看護実践研究センターの共同研究助成金を得て実施しました。

引用文献

- 1) 深井喜代子, 塚原貴子, 人見裕江 (1995). 日本語版便秘尺度を用いた高齢者の便秘評価. 看護研究, 28 (3), 33-40.
- 2) 細野恵子, 堀岡恒子, 久光雅美, 井垣通人 (2010). 高齢者における蒸気温熱シートによる下腹部湿熱加温の便秘改善効果. 臨体温, 28 (1), 8-13.
- 3) 板倉大輔 (2006). 腹臥位療法の最前線 (2) 腹臥位療法における排便とROMの効果. 看護, 58 (8), 87-90.
- 4) 医薬品医療機器総合機構: 臨床ニュース 酸化マグネシウムに改訂と適正使用依頼.
<https://www.m3.com/open/clinical/news/article/367851/> (2016/2/20 閲覧).
- 5) Lee, B.L., Ko, Y.M., Yoon, Y.R., Kye, S.H. & Park, Y.K. (2016). Effects of 12-week vegetarian diet on the nutritional status, Stress status and bowel habits in meddle school students and teachers. Clin Nutr Res 5, 102-111.
- 6) 大谷ゆみこ (つぶつぶグランマゆみこ) (2013). ごはんの力 (初版). p.68, 東京:KK ロングセラーズ.
- 7) 大谷ゆみこ (2014). つぶつぶ雑穀甘酒スイーツ (第6刷). pp.6-7, 東京:学陽書房.
- 8) 大谷ゆみこ (2014). つぶつぶ雑穀甘酒スイーツ (第6刷). pp.12-15, 20, 東京:学陽書房.
- 9) 大谷ゆみこ (2011). 未来食 (改訂版第9刷). pp.55-65, pp.120-121, 東京:メタ・ブレーン.
- 10) 塩塚優子 (2013). 排泄障害. 岡本充子, (西山みどり, 編). 高齢者看護すぐ実践トータルナビ (第1版), pp.52-73, 大阪:メディカ出版.
- 11) 陶山啓子, 加藤基子, 赤松公子, 西田佳世 (2006). 介護施設で生活する高齢者の排便障害の実態とその要因. 老年看, 10 (2), 34-40.
- 12) 留畑寿美江, 南山祥子, 河江伸枝, 細野恵子, 岩元純 (2007). 長時間温による高齢者の排便と排尿への効果. 臨床体温, 25 (1), 34-37.
- 13) Yang, L.H., Duan, P.B., Du, S.Z., Sun, J.F., Mei, S.J., Wang, X.Q. & Zhang, Y.Y. (2014). Efficacy of Auriculotherapy for Constipation in Adalts: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J Altern Complement Med, 20 (8), 590-605.

研究ノート

認定看護師のキャリア発達に関する文献検討 (医学中央雑誌から)



西村 紀子¹⁾, 窪田 好恵²⁾, 米田 照美²⁾, 伊丹 君和²⁾

¹⁾ 滋賀県立大学大学院人間看護学研究科人間看護学専攻修士課程

²⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

要旨 認定看護師（以下、要旨中ではCNと略す）制度の開始後20年が経過し、2012年以降その総数は就業している看護師の1%を超え、看護師が選択する代表的なキャリアの1つとなっている。しかしCNのキャリア発達について明示されたものはない。今回わが国におけるCNのキャリア発達の研究の動向を明らかにすることを目的に文献レビューを行った。医学中央雑誌(web版 ver.5)にて「認定看護師」と「キャリア」をキーワードに年代を絞らず原著論文を検索しヒットした57件(2017年6月時点)のうち、明らかに対象でない2件を除いた55件の文献の研究目的・対象からCNのキャリアに関するものを抽出した。結果、10件の文献が抽出され「臨床実践・現任者教育におけるCNへの期待と役割」が5件、「CNの実践力の向上」「看護管理者が考えるCNの役割と特性」「看護管理者によるCNのキャリア支援」が各1件、「CNのキャリア発達」が2件の5つに分類された。また10件中8件はCNと専門看護師の明確な区別がされていないこと、CNを対象とした研究が4件しかないことから、CNが自身のキャリア発達についてどのような思いをもっているのかについてこれまでに十分な検討がなされていないことが明らかになった。

キーワード

I. 背景

日本看護協会は看護ケアの広がりや質の向上を図ることを目的に、1995年に認定看護師制度を創設した。制度開始当初は2分野のみであったが、高度化・専門分化が進む医療現場において2012年には専門領域は21分野にまで拡大した。認定看護師の認定は年に1回実施されており、新規の認定看護師は2012年が1,830人と最も

多い。その後、新規の認定看護師数は減少しているものの、総数は増加の一途をたどり、2017年には18,728人となった。(日本看護協会, 2017)。

このように認定看護師が著しく増加した要因の1つに認定看護師の役割が診療報酬に反映されたことが関連していると考えられる。2006年にWOC看護(現在の皮膚・排泄ケア)分野において、褥瘡ハイリスク患者ケア加算が新設されたことに始まり、現在では多くの認定分野が診療報酬と関連しており、そのことが認定看護師数の著しい増加の要因の1つであると考えられる。

図1に示すように認定看護師数は年々増加し2012年以降は就業している看護師総数の1%を超える。日本看護協会は2012年4月に作成した「継続教育の基準 ver2」において、専門看護師や認定看護師を「スペシャリスト」と位置付け、スペシャリストについては期待される役割を遂行するために「スペシャリスト自身の能動的、自律的な学習と経験を通じた、質の向上への継続的な取り組みが求められる。組織や教育機関には、資格取得後の継続的な支援が求められる」と課題や能力開発について述べている。

A literature review of career development for certified nurse by the medical central magazine web version

Noriko Nishimura¹⁾, Yoshie Kubota²⁾, Terumi Yoneda²⁾, Kimiwa Itami²⁾

¹⁾ Graduate School Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

²⁾ Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2017年9月29日受付, 2018年1月24日受理

連絡先: 西村 紀子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町 2500

e-mail: oh81nshimura@ec.usp.ac.jp

認定看護師総数

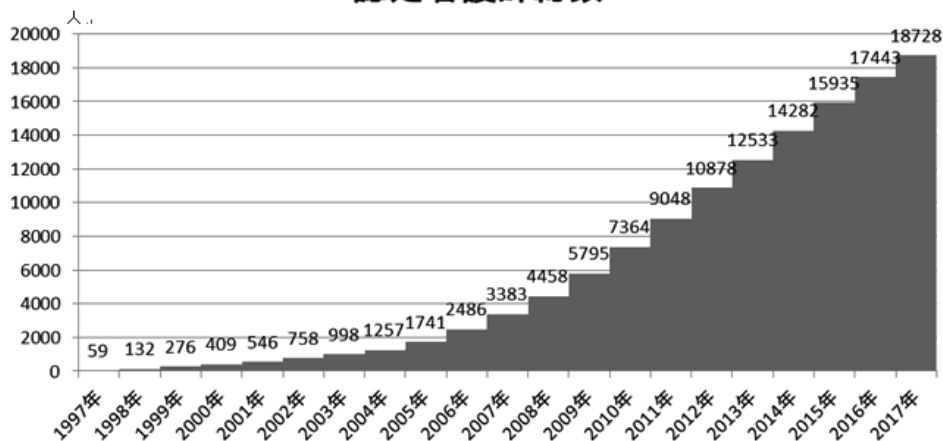


図 1 認定看護師数の推移

しかし、認定看護師は研修を修了後の試験に合格し認定された後は、5年ごとの更新制度が設けられているだけで、認定後のキャリアについて明示されたものはない。

今回、わが国における認定看護師のキャリア発達の研究の動向を明らかにすることを目的として、認定看護師のキャリア発達についての文献レビューを行ったので報告する。

II. 目的

医学中央雑誌から、わが国の認定看護師のキャリア発達に関する研究の動向を明らかにする。

III. 用語の定義

キャリア：人の生涯にわたり、仕事に関連した諸処の体験や活動を通して、個人が自覚し得る態度や行動のつながり (Hall, 2002)。

キャリア発達：個人が職業上の地位と役割の連続を通して、自分自身の目標を明確にし、それを現実を試み修正し、自己を成長させていくこと (水野, 2000)。

ただし、先行研究内において用いられている用語については、そのまま記載するものとする。

IV. 方法

医学中央雑誌 (web版 ver.5) にて「認定看護師」と「キャリア」をキーワードとし年代を絞らずに原著論文を検索

した結果、2017年6月14日の時点で57件の文献がヒットした。うちキャリア=保菌者を意味する1件と同一研究者によるほぼ同一の内容のもの1件を除いた55件を対象とした。

上記の55件の先行研究について、本研究の目的に照らし合わせて、以下の条件に当てはまるものを抽出した。1つは対象が認定看護師 (対象に認定看護師が含まれるものも含む) であるものとした。ただし、対象が認定看護師であっても、その内容が認定看護師と認定されるまでのプロセスに関するものは除外した。

もう1つは研究対象を問わず、先行研究の目的が「認定看護師のキャリア」に関するものを抽出した。

その後、抽出された10件について、目的・内容別に分析を行い、認定看護師のキャリア発達に関する研究の動向を明らかにした。

V. 結果

1. 「認定看護師」「キャリア」で検索される研究の動向

1) 文献の年次推移

「認定看護師」と「キャリア」をキーワードにして検索される最初の原著論文は2001年の1件であり、認定看護師が誕生してから4年後のものである。その後2002年からの3年間は0件、2005年から2008年は年に1～3件であった。2009年以降は増加しているが、最も多い年 (2010年・2012年・2013年) でも年間7件である。対象文献55件が発表された年を、最初の認定看護師が誕生した1997年の翌年から5年ごとに集計した結果を図2に示す。

2) 研究方法別の文献数

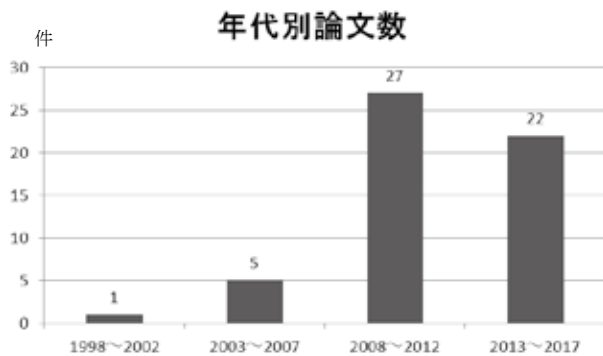


図2 年代別論文数の推移 (n=55 件)

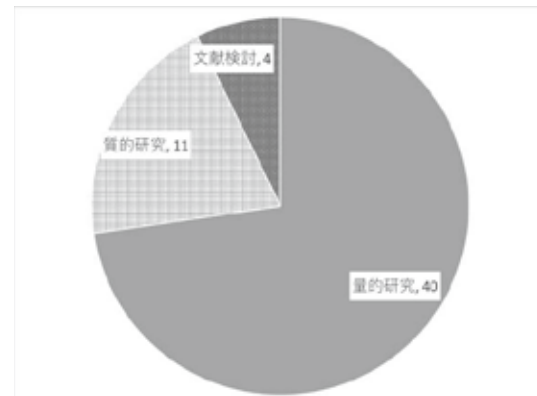


図3 研究方法による分類 (n=55 件)

対象となった55件を研究方法別に分類した結果を図3に示す。最も多いのは、量的研究で40件、次いで質的研究が11件、文献レビューが4件である。

3) 研究目的・対象による分類

対象となった55件の先行研究について、本研究の目的に照らし合わせて研究目的・対象に注目し、「認定看護師のキャリア」について研究されたものを抽出した。

まずは対象が認定看護師（対象に認定看護師が含まれるものも含む）であるものは10件であった。ただし、対象が認定看護師（対象に認定看護師が含まれるものも含む）であっても、その内容が認定看護師と認定されるまでのプロセスに関するものが6件あり、その6件を除外した4件を抽出した。

次に研究対象を問わず、先行研究の目的に沿って分類し、「認定看護師のキャリア」に関するもの6件を抽出した。残りの39件は、看護師や看護学生、認定看護師の研修中の看護師を対象とした看護師のキャリアに関するものが28件、看護管理者によるキャリア支援に関するものが6件、専門看護師や精神科認定看護師、助産師に関するものが5件であった。

そこで上記の認定看護師を対象とした4件と、対象を問わず「認定看護師のキャリア」に関する6件の合計10件について、目的・内容別に分析を行った。

2. 認定看護師のキャリアに関する研究

1) 認定看護師のキャリアに関する研究の年代別文献数

認定看護師のキャリアに関する文献は10件で、最初の文献は認定看護師が誕生してから10年後の2007年のものである。その後は2012年に1件、2013年に3件、2014年に2件、2015年に1件、2016年に2件の合計10件である。

認定看護師が誕生後15年経過しているにもかかわらず、

2012年までは2件と少ない。

2) 認定看護師のキャリアに関する研究の対象者による分類

10件の文献のうち、対象に認定看護師が含まれるものは4件である。4件のうち2件は認定看護師のみを対象としたものであり、1件は全看護師を対象としたもので、あと1件は看護管理者を対象としたものである。

3. 認定看護師のキャリアに関する研究の概要

認定看護師のキャリアに関する原著論文10件について、研究目的別に分析を行った。その結果、「臨床実践・現任者教育における認定看護師への期待と役割」「看護管理者が考える認定看護師の役割と特性」「認定看護師の実践力の向上」「看護管理者による認定看護師のキャリア支援」「認定看護師のキャリア発達」の5つに分類された。結果を表1に示す。

なお、10件のうち、認定看護師と専門看護師を明確に区別せずに「専門職」や「スペシャリスト」としているものが8件あったが、この分析においては、他の2件と同様に取り扱った。

1) 臨床実践・現任者教育における認定看護師への期待と役割

臨床実践・現任者教育における認定看護師への期待と役割に関する研究は5件である。うち4件は同一の研究筆頭者によるものである。

ここに分類された5件のうち、4件は対象者が看護師のみで1件は看護師と医師・薬剤師・放射線技師・検査技師等を対象にしたものである。

中野・田中・高橋（2007）は認定看護師を活用した院内教育システムの導入に向け、看護師のニーズや認定看護師の役割を明らかにすることを目的に研究を行い、看護師は身近なスペシャリストに影響されること、

表 1 認定看護師のキャリアに関する研究の目的別分類

タイトル	発表年	出典	対象	研究筆頭者	方法	目的の分析
認定看護師を活用したキャリアアップ教育「院内認定制度」導入に向けた取り組み 看護師の教育ニーズ調査を通して考える	2007	日本看護学会論文 集 看護教育	A病院の看護師301名	中野りか	量的研究	臨床実践・現任者教育における 認定看護師への期待と役割
当院のCertified Nurse Specialist;CNS(専門看護師)、Certified Nurse;CN(認定看護師)活動の周知度調査	2012	大分県立病院医学 雑誌	A病院の職員(医師・看護師・検査技師・放射線技師・薬剤師・その他)426名	大津佐知江	量的研究	
A院のCNS(専門看護師)・CN(認定看護師)の教育活動の評価 キャリアアップセミナー受講者の看護実践の変化より	2014	日本看護学会論文 集 看護管理	A病院のクリニカルラダーⅢ以上の看護師89名	大津佐知江	量的研究	
当院の専門看護師・認定看護師によるキャリアアップセミナーにおける講義スキル評価	2015	大分県立病院医学 雑誌	A病院のクリニカルラダーⅢ以上の看護師125名	大津佐知江	量的研究	
研修形態変更に対応した専門看護師・認定看護師の講義スキルの評価	2016	大分県立病院 医学雑誌	A病院のクリニカルラダーⅢ以上の看護師135名	大津佐知江	量的研究	
看護師のキャリアパス別に必要なスキルとコア能力に関する調査研究	2014	人間工学	看護部長および看護師長743名	小澤幸夫	量的研究	認定看護師の役割と特性
緩和ケア認定看護師が直面した倫理的問題の問い直しへのプロセス	2013	キャリアと看護研究 (国際ナショナル看護哲学研究会)	緩和ケア認定看護師3名	内田史江	質的研究	認定看護師の実践力の向上
医学中央雑誌から見た看護管理者のキャリア開発に関する文献検討	2016	キャリアと看護研究 (国際ナショナル看護哲学研究会)	看護管理者のキャリア開発支援に関する研究44件	工藤淑恵	文献検討	看護管理者による認定看護師のキャリア支援
看護師のキャリア選択に影響を及ぼす要因 経験を積んだ看護師の振り返りの語りから	2013	北海道医療大学看護福祉学部学会誌	代表的なキャリアコース(ジェネラリスト・スペシャリスト・管理者・進学者・転職者)をたどっている看護師各1名の合計5名	福井純子	質的研究	認定看護師のキャリア発達
認定看護師のキャリア発達への影響要因と人材育成	2013	応用心理学研究	九州圏内の認定看護師335名	吉田初美	質的研究	

認定看護師にはスペシャリスト希望者の学習意欲を支援する役割が期待されることを明らかにしている。

大津ら(2012)は、認定看護師の活動の評価と今後

の課題を明らかにすることを目的に、看護師・医師・薬剤師・放射線技師・検査技師・その他の職種の合計681名を対象に認定看護師・専門看護師の周知度を調

査している。417名の回答（有効回答率61.2%）を分析した結果、認定看護師・専門看護師ともに職種により周知度に差があること、また同じ職種内でも認定分野により周知度に差があることを明らかにした。

職種別の周知度では看護師が最も高く、皮膚・排泄ケアと救急看護、緩和ケアの3分野では80%を超えるが、透析看護や乳がん看護等の活動部署が限定される分野については10%に満たないものもある。また認定看護師・専門看護師としての活動期間と周知度は必ずしも一致しないことを述べ、分野により協働する職種が異なることが主な理由になると述べている。

その後、大津・品川・宮成（2014）は、認定看護師および専門看護師の教育・指導効果を明らかにすることを目的に、看護師を対象とした質問紙調査を実施している。その結果から、認定看護師および専門看護師は看護師を対象とした院内教育プログラムに参画し、組織における潜在・顕在的な教育ニーズの把握と分析、段階的な教育目標設定の見直し等教育計画を十分に検討する必要があると述べている。

さらに大津（2015）は、これまでの研究結果を踏まえて企画・実施した「キャリアアップセミナー」における認定看護師および専門看護師の講義スキルについての質問紙調査を実施している。その結果から、講義経験を積み重ねることに加え、現場に足を運び臨床経験を積み重ねることで講義スキルが培われると述べている。しかし翌年の研究（大津、2016）では、講義スキル評価得点が低下したと報告している。

2) 看護管理者が考える認定看護師の役割と特性

認定看護師の役割と特性に関する研究は、小澤・村田（2014）による1件のみである。小澤と村田による本研究は看護管理者を対象に実施されたもので「中堅看護師の各キャリアパスに求められる重要な能力を明らかにすることを目的」としている。「管理職」「専門職」「ジェネラル」を看護師の3つの代表的なキャリアパスとし、必要とされる能力について研究を行っている。Katz,R,Iのスキル分類を用いて、それぞれのキャリアの看護師が必要とする3つのスキルについて調査をしている。

3つのスキルとは「看護という職務の遂行、およびその成果を得るための過程で要求される専門知識や専門技術であるTスキル：Technical skill」と「ものごとを認知あるいは認識し、その本質を洞察するために必要とされるCスキル：Conceptual skill」と「対人関係能力で、仕事上の人間関係を構築するうえで人を観察・分析し、望ましい働きかけを選択・実行するHスキル：Human skill」である。

小澤と村田は、看護管理者は専門職には「Tスキル」が最も必要と考えていること、また「Cスキル」につ

いては管理職と同等に重視していることを明らかにし、この結果を日本看護協会による認定看護師・専門看護師が果たすべき役割と照らし合わせて、同様の傾向であると述べている。

3) 認定看護師の実践力の向上

認定看護師の実践力の向上に関する研究は内田（2013）による1件のみである。内田は、緩和ケア分野の認定看護師が専門職としてどのように倫理的問題に向き合っているか、そのプロセスを明らかにすることを目的に質的帰納的研究を行っている。対象は3名の緩和ケア分野の認定看護師で、インタビュー調査の結果から「患者の自律性と医療者のパターンリズム」「行われている治療への疑問」「患者のニーズと家族の思いの相違」「価値判断への問い」の4つのコアカテゴリーを抽出している。

そのうえで、緩和ケア分野の認定看護師にとって、倫理的問題の事例分析を行うことは問題を解決するための道筋となり、新たな実践への取り組みに反映させることが可能となると述べている。

4) 看護管理者による認定看護師のキャリア支援

看護管理者による認定看護師のキャリア支援に関する研究は工藤・下田・森木（2016）による文献検討の1件である。工藤らは、「看護管理者」と「キャリア開発」をキーワードに検索期間は指定せず、原著論文のみを検索し検討している。

そのなかで専門看護師・認定看護師のキャリア開発支援について、専門看護師や認定看護師の活動状況調査では資格を取得後、スペシャリストとしての活動にさまざまな課題を抱え、支援が不十分であることや、専門看護師や認定看護師の能力発揮には役割葛藤があり、組織の支援体制や処遇などの組織の支援が不十分であることを明らかにしている。そのうえで、専門看護師や認定看護師を受け入れて日が浅い施設や研修終了後初期の専門看護師や認定看護師に対して、看護管理者は積極的な調整役割を取ることが重要と述べている。

5) 認定看護師のキャリア発達

認定看護師を対象として、認定看護師のキャリア発達について研究されたものは以下の2件である。

1件は、吉田・森田（2013）による認定看護師332名を対象とし、石井ら（2005）によって開発された職務キャリア尺度を活用して、認定看護師のキャリア発達への影響要因についての分析を行ったものである。職務キャリア尺度は「質の高い看護と実践の追求」17項目、「対人関係の形成と調整」12項目、「自己能力の開発」7項目、「多様な経験の蓄積」7項目から構成されている。

吉田・森田は認定看護師の職務キャリアと看護経験

年数・職務満足感・メンタリングが関連していると報告している。そのうえで、「キャリア発達支援には自己啓発していけるような処遇改善、組織改革、職場サポート体制など環境整備とともに、意欲を高める他者評価や満足感が得られるような認定看護師としての役割機能が発揮できる教育訓練と能力開発の支援が重要」と述べている。しかし得られた結果は、看護師を対象に実施された先行研究の結果と比較して考察されたものではないため、認定看護師に特有の結果であるとはいえない。

次に福井(2013)は、ジェネラリスト・スペシャリスト・管理者・進学者・転職者を対象とし、それぞれ1名ずつの合計5名の対象者にキャリア選択に影響を及ぼす要因についてインタビューを行っている。「入職前」と「入職直後から数年」「現在」の3つの時期に分けて分析し、それぞれの時期に影響を及ぼす要因の検討を行っている。

入職前の時期から5つのカテゴリー、入職直後から数年の時期で別の5つのカテゴリー、現在から11のカテゴリーの合計21のカテゴリーを抽出している。結論では、「看護師は看護に対する漠然としたイメージで職業選択し、仕事を始めて徐々にキャリアの選択肢と影響要因が増え、さらに経験を積み重ねていくことによって、看護の深まりとともにキャリアがより広がり深まり、やりたい看護やキャリアビジョンが明確になっていく」と述べている。

VI. 考 察

背景で述べたように認定看護師は近年著しく増加し、看護協会によって作成された「継続教育の基準 ver2」では「スペシャリスト」と位置付けられ、「ジェネラリスト」「管理者」「教育者・研究者」とともに看護師の選択する代表的なキャリアの1つとなってきた。

しかしながら「認定看護師」「キャリア」で検索される文献は55件しかなく、とくに認定看護師が誕生してからの10年間は6件であった。その理由として、2006年の時点での認定看護師の数が2,486人とまだ少ないことが考えられる。しかし、認定看護師の増加が著しい2012年以降でも年間7件である。

また55件について研究目的と対象から分類を行った結果、45件は認定看護師以外の看護師等のキャリアに関する研究であり、認定看護師のキャリアに関する研究は10件であった。このことから認定看護師のキャリアについて、これまでに十分な検討がされてきているとはいえない。

認定看護師のキャリアに関する10件の研究の最初の

論文は認定看護師が誕生してから10年後の2007年に発表された。その後、認定看護師が誕生後15年も経過しているにもかかわらず2012年までは2件のみである。その理由としては、2012年が認定看護師の増加のピークであり、それまではまだ認定看護師の人数が少なかったことや、認定看護師になってからの年数が浅い者が多いために、専門分野での実践が重視され、キャリアについて検討される機会が限られていたためではないかと考えられる。

10件の文献のうち、2013年以降に発表されたものが8件あった。その背景として、認定看護師の増加により同一施設内に複数の同一分野の認定看護師が所属することになり、後輩認定看護師の誕生や、5年ごとの資格更新を機に認定看護師として自身のキャリア発達について検討する認定看護師や看護管理者が増加したことも関連していると思われる。

10件の文献の分析を行った結果、「認定看護師のキャリア発達」に関する研究は吉田らと福井による研究の2件のみである。

吉田・森田(2013)の研究については、対象者の認定看護師歴が 2.86 ± 1.16 年と比較的経験の浅い認定看護師が多いことから、認定看護師としてのキャリア発達について一般化するには偏りが生じている可能性がある。また福井(2013)の研究においては、スペシャリストとして選定した対象者が専門看護師であるか認定看護師であるか明確に記載されていないこと、またスペシャリストとして選定された対象者が1名であることから、認定看護師のキャリア発達として一般化するには偏りが生じている可能性がある。このような理由から「認定看護師のキャリア発達」に分類された2件についても、どちらもその結果を認定看護師のキャリア発達として一般化できるものではないと考える。

このように、認定看護師になるまでのキャリア発達への支援体制の必要性については先行研究にて明らかにされていた。一方、認定看護師自身のキャリア発達については、役割機能が発揮できる教育訓練と能力開発の支援が必要であり、そのために例えば緩和ケア分野では、倫理的問題の事例分析を行うことが実践能力の向上につながるかとされていた。

しかし先行研究において、認定看護師のキャリア発達に影響を及ぼす要因や支援体制についての研究があるのみで、認定看護師自身が捉えるキャリア発達に対する課題や期待については、これまでに検討されていないことが明らかになった。

Ⅶ. 結 論

「認定看護師」「キャリア」をキーワードに文献検索をし、それらの研究目的・対象による分類を行った結果、以下のことが明らかになった。

- 1) 今回「認定看護師」と「キャリア」というキーワードで文献検索を行った結果、認定看護師のキャリアに関する先行研究は10件しかなく、「認定看護師のキャリア発達」についての研究は2件のみであった。
- 2) 認定看護師のキャリアに関する研究10件のうち、認定看護師を対象に行われた研究は4件で、認定看護師のみを対象にしたものは2件であった。
- 3) 認定看護師のキャリアに関する研究10件のうち、8件は認定看護師と専門看護師の明確な区別をせずに実施された研究であり、認定看護師独自のキャリア発達についてこれまでに十分な検討がなされていない。
- 4) 認定看護師のキャリア発達に影響を及ぼす要因や支援体制についての研究があるのみで、認定看護師自身が捉えるキャリア発達に対する課題や期待については、これまでに検討されていないことが明らかになった。

引用文献

- 1) Hall, D.T. (2002). *Careers In and Out of Organizations*, p.12, Thousand Oaks, CA : Sage.
- 2) 福井純子 (2013). 看護師のキャリア選択に影響を及ぼす要因 経験を積んだ看護師の振り返りの語りから. 北海道医療大看護福祉会誌, 9 (1), 133-139.
- 3) 石井京子, 藤原千恵子, 星和美, 高谷裕紀子, 河上智香, 西村明子, 林田麗, 彦惣美穂, 仁尾かおり, 古賀智影, 石見和世 (2005). 看護師の職務キャリア尺度の作成と信頼性および妥当性の検討. 日看研会誌, 28 (2), 21-30.
- 4) 工藤淑恵, 下田真梨子, 森木妙子 (2016). 医学中央雑誌から見た看護管理者のキャリア開発に関する文献検討. キャリアと看研, 6 (1), 34-47.
- 5) 水野暢子, 三上れつ (2000). 臨床看護師のキャリア発達過程に関する研究. 日看管理会誌, 4 (1) 13-22.
- 6) 中野りか, 田中美香, 高橋テル子 (2007). 認定看護師を活用したキャリアアップ教育「院内認定制度」導入に向けた取組み 看護師の教育ニーズ調査を通して考える. 日看会論集: 看教育, 38, 126-128.
- 7) 日本看護協会 (2012). 継続教育の基準 ver2. <https://www.nurse.or.jp/nursing/education/keizoku/pdf/keizoku-ver2.pdf>.
- 8) 大津佐知江 (2016). 研修形態変更に対応した専門看護師・認定看護師の講義スキルの評価. 大分病医誌, 43, 21-24.
- 9) 大津佐知江 (2015). 当院の専門看護師・認定看護師によるキャリアアップセミナーにおける講義スキル評価. 大分病医誌, 42, 13-17.
- 10) 大津佐知江, 品川陽子, 宮成美弥 (2014). A 院の CNS (専門看護師)・CN (認定看護師) の教育活動の評価 キャリアアップセミナー受講者の看護実践の変化より. 日看会論集: 看管理, 44, 301-304.
- 11) 大津佐知江, 佐藤久美子, 高村智子, 石丸智子, 小川央, 宮成美弥, 品川陽子 (2012). 当院の Certified Nurse Specialist;CNS (専門看護師), Certified Nurse;CN (認定看護師) 活動の周知度調査. 大分病医誌, 39, 9-18.
- 12) 小澤幸夫, 村田厚生 (2014). 看護師のキャリアパス別に必要なスキルとコア能力に関する調査研究. 人間工学, 50 (6), 359-367.
- 13) 内田史江 (2013). 緩和ケア認定看護師が直面した倫理的問題の問い直しへのプロセス. キャリアと看研, 3 (1), 107-113.
- 14) 吉田初美, 森田敏子 (2013). 認定看護師のキャリア発達への影響要因と人材育成. 応用心理学研究, 39 (1), 13-18.

研究ノート

日本の骨粗鬆症指導に関する文献検討

松井 宏樹¹⁾, 平田 弘美²⁾¹⁾ 滋賀県立大学大学院人間看護学研究科修士課程²⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

要旨 わが国では高齢化に伴い、骨粗鬆症患者が増加している。この要因の1つとして、治療継続率の低さが指摘されている。治療の中断は、骨粗鬆症を進行させ、骨折を引き起こし、高齢者の自立した生活を妨げる。そのため、治療を継続されるように骨粗鬆症指導を行うことが必要である。そこで、骨粗鬆症指導に関する研究において、明らかにされていることを整理するために文献検討を行った。文献検討の結果、複数の医療者による薬物指導や、医療者が患者の理解度を定期的に確認し指導を行うことは、服薬継続に有効であることが報告されていた。また、食習慣や食への嗜好性を把握し複数回の食事指導を行うことや、カルシウム量が多い食事の紹介、実際に調理指導を行うことが、食生活を改善することに有効であった。さらに、運動指導による骨密度の改善には、歩行を推奨するだけでなく、速歩についても指導を行う必要性が報告されていた。また、骨粗鬆症治療を必要とする高齢者に、認知症や視力障害、手指機能障害などが出現すると、家族の介助が必要となることが示唆されていた。しかしながら、骨粗鬆症患者を介護する家族に焦点を当てた研究はほとんどないことが明らかになった。

キーワード 骨粗鬆症, 指導, 文献検討

I. 背景

わが国では、世界でも類を見ない超高齢社会となっている。それに伴い、2005年度年齢別人口構成を基に推計した結果、骨粗鬆症患者数は約1,280万人と増加の傾向にある（骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会, 2015）。

この患者数増大の要因の1つとして、治療継続率の低さが指摘されている（一般社団法人日本骨粗鬆症学会 OLS 委員会ワーキンググループ, 2015）。Solomon et al. (2005) は、45.2%の骨粗鬆症患者が治療開始後1年

で処方どおり服薬できず、さらに5年以内には52.1%の患者が服薬を中断してしまうと報告している。治療の中断は、骨粗鬆症状態を進行させ、大腿骨や脊椎に骨折を惹起するだけでなく、骨折の連鎖を引き起こし、高齢者の自立した生活の妨げとなる。実際に、平成25年国民生活基礎調査（厚生労働省, 2013）で、介護が必要となった原因疾患のうち、「骨折・転倒」は3番目に多い疾患であった。高齢者が骨折を起こすと、日常生活動作（Activities of Daily Living : ADL）や生活の質（Quality of Life : QOL）の低下を招く（佐久間・遠藤, 2003）。これらを踏まえると、高齢者の自立した生活を支援するうえで、骨粗鬆症指導を実施し、治療を継続することで骨粗鬆症状態の進行を抑え、それにより転倒などによる骨折を予防することは重要であると考えられる。

諸外国では、すでに多職種連携による骨粗鬆症指導を強化した結果、再骨折率が低下していることが報告されている（Kallen et al., 2014）。日本においても、2015年より日本骨粗鬆症学会が認定する骨粗鬆症リエゾンマネージャー制度が開始となり、専門性を生かした多職種による骨粗鬆症指導を推進し、骨折を予防する取り組みが開始されている。

そこで今回、日本で行われている骨粗鬆症指導に関す

Literature review of osteoporosis guidance for older people in Japan

Hiroki Matsui¹⁾, Hiromi Hirata²⁾

¹⁾ Graduate Student in Master's program of Human Nursing Graduate School, The University of Shiga Prefecture

²⁾ School of Nursing, The University of Shiga Prefecture

2017年9月29日受付, 2018年1月24日受理

連絡先: 松井 宏樹

滋賀県立大学大学院人間看護学研究科修士課程

住 所: 彦根市八坂町 2500

e-mail : matsui.hi@nurse.usp.ac.jp

る研究において、明らかにされていることを整理し、今後の骨粗鬆症指導における研究の方向性を見出すために、文献検討を行った。

II. 目的

本研究の目的は、文献検討により、日本で行われている骨粗鬆症指導に関する研究において、明らかにされていることを整理することである。

III. 用語の定義

骨粗鬆症：低骨量と骨組織の微細構造の異常を特徴とし、骨の脆弱性が増大し、骨折の危険性が増大する疾患と定義されている (WHO, 1994)。

骨粗鬆症指導：本研究でいう骨粗鬆症指導とは、多職種による骨粗鬆症に関連した指導とした。

IV. 方法

1. 文献検索方法

文献検索は、医学中央雑誌 WEB 版 Ver.5 を用いた。「骨粗鬆症」、「予防」、「指導」、「教育」、「栄養」、「運動」、「薬」をキーワードとし、絞り込み条件を「看護」、「原著論文」、「症例報告除く」、「対象年齢を 65 歳以上」、「掲載誌発行年指定なし」に設定した。さらに、骨粗鬆症指導に関連した文献を広く収集する目的で、ハンドサーチを行った。

2. 分析方法

文献検討の対象となった研究結果内容を要約し、その内容に基づいて分類した。そして、現在、日本で行われている骨粗鬆症指導に関する研究において、明らかにされていることについて整理した。

V. 結果

1. 研究対象とした文献

「骨粗鬆症 and 予防 or 指導 or 教育」をキーワードとした結果、33 件の文献が抽出された。次に、「骨粗鬆症 and 栄養 and 指導」は 21 件、「骨粗鬆症 and 運動 and 指導」は 23 件、「骨粗鬆症 and 薬 and 指導」は 39 件であった。これら 116 件の文献から重複している文献を除外し、93 件が抽出された。さらに、内容を吟味し、骨粗鬆症に関連していない文献 14 件、骨粗鬆症指導に関連していない文献 25 件、症例研究 6 件、特集 5 件、海外文献 4 件、文献検討 3 件、手術に関連した文献 2 件、対象に高齢者

が含まれていない文献 1 件を除外した。そして、ハンドサーチにより、7 件の文献を加え、最終的に 40 件を文献検討の対象とした。

2. 骨粗鬆症指導に関する研究

文献検討の対象となった 40 件の文献は、1) 薬物指導について、2) 食事指導について、3) 運動指導について、4) 患者家族への指導の必要性について分類された。

1) 薬物指導について

島垣 (2013) は、骨粗鬆症患者への指導を工夫することで、ビスホスホネート製剤の服薬継続率が向上したかを明らかにする目的で、後ろ向き記述的研究を実施した。対象者を「医師のみが説明を行った患者」と「医師に加えて、看護師も説明を実施した患者」に分け、2 年間の服薬継続率を比較した。その結果、前者の継続率は 59%であったが、後者の継続率は 80%であり、医師と看護師の両者が説明をした対象者の方が、明らかに服薬継続率が高かったと報告していた。また、鶴居ら (2017) は、テリパラチドが処方された患者を対象に、薬剤師の指導によって骨形成促進薬の自己注射手技習得率が向上するかを明らかにすることを目的に、調査を実施した。対象者を「定期的に薬剤師が関与した患者」と「処方開始時に薬剤師が指導に関与していない患者」とに分け、手技習得率を比較した。その結果、「定期的に関与した患者」の自己注射習得率は 85.6%であったが、そうでない患者の自己注射習得率は 70.1%であり、「定期的に薬剤師が関与した患者」の習得率が有意に高かったと報告していた。これらの 2 つの研究結果は、医師だけでなく看護師の薬物指導の必要性や、薬剤師など医療者の定期的な指導の必要性があることを示唆していた。

さらに山本・長尾・高橋 (2007) は、50～80 歳代の骨粗鬆症患者を対象に、定期的な骨密度測定や骨代謝マーカーの測定が、服薬継続率を向上させるかを明らかにする目的で調査を行った。研究対象者を「骨密度、または骨代謝マーカー測定あり群」と「測定なし群」に分け、2 年間の継続率を比較したところ、前者の継続率は 68.5%であったが、後者の継続率は 0%であり、骨密度、または骨代謝マーカーを測定した対象者は明らかに服薬継続率が高かったと報告していた。この結果から、骨密度や骨代謝マーカーを測定し、対象者に服薬による効果や経過を説明することは、服薬継続率の向上に有効であることが示唆された。

一方、服薬継続率を低下させる要因について調査した研究では、骨粗鬆症治療薬を内服している約 30%の患者が、「副作用の出現」により薬物治療を自己の判断で中止していた。ほかには、「疼痛の消失」「薬が嫌い」「併用薬が多い」などを理由に服薬継続を中止していた (古東・鎌足・村田, 2005)。さらに正木ら (2006)

は、ビスホスホネート製剤を服薬している患者のみを対象とし、服薬に関する問題点について質問紙調査を実施した。その結果、対象者の約30～40%は、薬物の副作用である胃腸障害を予防するため、服薬後30分は横になれないことを問題点と感じていたことを報告していた。また、寺戸・田中・近藤・田中(2011)も、「服薬後少なくとも30分は横になれない」ことが、最も多くの患者が抱く苦痛であると報告していた。

2) 食事指導について

杉江・佐藤・油野(1997)は、骨密度測定および生活習慣に関する問診を実施し、経過を追うことのできた女性を対象とし、骨密度の変化と問診結果を基に、骨粗鬆症指導の在り方について検討した。その結果、60歳代における骨密度増加者の割合は、50歳未満に比べると低い反面、60歳代では、生活習慣の改善率が最も高かったと報告されていた。この結果について杉江ら(1997)は、60歳代の者は、閉経を経験することで骨粗鬆症に対する関心が高まりやすいことや、子どもの独立などで自分の時間にゆとりが生じるため、生活を改善しやすいのではないかと結論づけていた。この研究結果は、60歳代は教育効果のある年代であるが、骨密度が増加しづらく、長期にわたる指導の必要性を示唆していた。また、山下・福井・棟田・金城・岩本(2006)は、骨粗鬆症教室を受講した男女を対象に、対象者の理解度と行動変容の実態を明らかにすることを目的とし、質問紙調査を実施した。その結果、対象者は、野菜の摂取、小魚などの摂取、大豆製品の摂取は実施できていた反面、配布した食事レシピの活用やインスタント食品の利用を控えるといったことは実施できていなかったと報告されていた。その要因として、男性受講者は、自ら食事を作る機会が少ないため、レシピの配布のみでは行動変容には至らないのではないかと推測されていた。

一方、岡崎・上遠野・城戸・奥(1997)は、栄養士が月1回の頻度で、合計12回実施した骨粗鬆症教室の受講者を対象とし、教室開催から1年後のカルシウム摂取量を調査した。その結果、指導前に比べ、指導後のカルシウム摂取量が有意に増加したことを報告していた。この要因として、普段から高齢者が摂取しているカルシウム含量の多い食品を予備調査し、それに関したことを栄養教室のテーマとしたことや、カルシウムを多く含む弁当を実際に喫食してもらうといった体験型の学習会であったことを挙げている。このことは、高齢者が普段摂取している食品を骨粗鬆症教室のテーマとし、カルシウムが多く含まれる食品を摂取するという体験型の指導を複数回行うことが、高齢者のカルシウム摂取に対する行動変容に効果的であることを示唆していた。

さらに、相良ら(1997)は、性差や年齢の相違とカルシウム摂取源との関連を明らかにすることを目的に、石川県に在住する一般住民を対象とし、質問紙調査を実施した。その結果、女性は、乳類から最も多くカルシウムを摂取していたが、男性は、魚類から最も多くカルシウムを摂取していたことが明らかになった。この男性対象者の主なカルシウム摂取源が魚類であった結果について、調査地域が日本海に近く、漁業が盛んであるということが影響しているのではないかと推測されていた。さらに、75歳未満の男性は、75歳以上の男性に比べ、緑黄色野菜からのカルシウム摂取率が有意に低かったことを報告し、性別や年齢の違い、さらには生活する地域により摂取する食品が異なるため、食事指導の際には、性別や年齢や食習慣の違いを踏まえた指導が必要であると結論づけていた。

3) 運動指導について

骨粗鬆症に対する運動指導を実施した文献では、転倒予防の観点から、バランス能力や歩行速度に着目して運動指導の効果を評価した文献と、それらの運動機能に加え、骨密度に着目して運動指導の効果を評価した文献がみられた。前者の文献において、金・吉田・湯川・鈴木(2001)は、骨粗鬆症外来を受診した患者に、2週間に1回の頻度で歩行訓練や太極拳などを指導し、転倒予防教室の有効性を明らかにすることを目的に調査を行った。その結果、転倒予防教室開催前に比べ、教室開催6ヵ月後において、対象者のバランス能力や下肢の筋力が有意に改善されたことを報告していた。この結果から、高齢者が定期的に転倒予防の運動をすれば、バランス能力や下肢筋力低下予防につながる事が示された。

一方、骨密度に着目して運動指導の効果を評価した文献において、堀井・中崎・田中・金木・明神(2009)は、身体活動量と骨強度との関連を明らかにすることを目的とし、運動教室参加者に、ストレッチや筋力トレーニングを週1回の頻度で指導した。対象者を「自宅での運動回数」および「歩数」「速歩時間」の程度で分類し、初回指導時から1ヵ月後と9ヵ月後の骨強度を比較した。その結果、「自宅での運動が週2回以下の女性」「歩数非増加女性」「速歩時間非増加女性」の骨強度は、9ヵ月後では、有意に低下していた。一方、「自宅での運動が週3回以上であった女性」「歩数が1,000歩以上増加した女性」「速歩時間が10分以上増加した女性」では、運動実施から9ヵ月後において骨強度が維持されたことを報告していた。さらに、堀井・中崎・田中・明神(2007)は、「1ヵ月間の歩数の平均値が9,000歩以上であった女性」は「歩数が9,000歩未満の女性」に比べ、有意に骨密度が高く、「速歩時間の平均値が27.5分以上であった女性」は「速歩時間27.5分未満

の女性」に比べ、有意に骨密度が高かったことを報告していた。これら2つの研究結果から、自宅での運動回数が多い者や、1ヵ月間の歩数および速歩時間の平均値が高い者は、骨密度が維持されることが示されていた。

さらに、上出・隅田・福田(2009)は、高齢者が自宅で実施可能なバランス運動などについて指導を行い、週2回以上、運動を継続できた骨粗鬆症患者を対象に、指導の効果を検証することを目的とし、調査を行った。そして、指導前と指導6ヵ月後の運動機能を比較した結果、骨密度が維持されたことを報告していた。このことから、特別な器具を使用した運動をしなくても、高齢者が自宅で実施できる運動を継続することで、骨密度が維持されることが示されていた。

福録・瀬戸・清水・太田・木村(2011)は、整形外科クリニックに通院する患者を対象とし、運動プログラムの検討を行うことを目的に質問紙調査を実施した。運動期間中に、対象者の運動実施状況を確認するために定期的な個人面接を実施した結果、「面接できちんと運動を実施していることを自慢したい」「面接で会って話をするのが楽しみ」といった肯定的な回答が得られ、個人面接が対象者の運動意欲の継続に効果的であったと報告されていた。

4) 患者家族への指導の必要性について

小林・安武・細野・黒川(2017)は、リウマチ膠原病患者を対象に、テリパラチドの治療継続率や薬剤の中止理由について調査を行った。その結果、処方開始から2年後の治療継続率は36%であった。また、対象者は、認知症や衛生管理ができないことを理由に自己注射を中止していたことが報告されていた。さらに、遠藤ら(2012)は、50～90歳代の骨粗鬆症患者に、骨形成促進薬であるテリパラチドの自己注射指導を実施し、チェック表に基づいて手技を評価したところ、家族の介助が必要な患者が全体の39%であったことを報告していた。とくに、患者に認知症、視力障害、手指機能障害などがある場合に、自己注射に介助が必要であったと報告していた。また、自己注射の手技が習得できなかった者は、「注射針の取り外し」や「ゴム栓の消毒」といった動作に困難を感じていたことが明らかになった(鶴居ら, 2017)。これらの研究結果は、認知症、視力障害、手指機能障害などがある高齢者が骨粗鬆症治療を継続していくうえで、家族などの介護者による援助が必要であることを示唆していた。

VI. 考 察

1) 薬物指導について

今回の文献検討の結果、骨粗鬆症患者の服薬継続に関して、医師だけでなく看護師の薬物指導の必要性(島垣, 2013)や、薬剤師など医療者の定期的な指導の必要性があることが示唆された(鶴居ら, 2017)。Clowes・Peel・Eastell(2004)もまた、看護師が服薬フォローに介入することは、服薬継続率を向上させると述べている。また、骨代謝マーカーや骨密度を測定し、患者に治療効果や経過を説明することも服薬継続率の向上に有効であることが明らかになった(山本・長尾・高橋, 2007)。

しかし、骨粗鬆症治療薬を処方された患者が、「副作用の出現」「疼痛の消失」「薬が嫌い」「併用薬が多い」などを理由に、自己判断で服薬を中止していたことがわかった(古東ら, 2005)。このことから、患者の治療に対する理解不足や、薬剤に対する思いや服薬の困難さから、患者が服薬を継続しない可能性が示唆された。そのため、患者に服薬を継続してもらうために医療従事者は、骨粗鬆症治療の目的を患者が理解できるように指導することや、自己判断で服薬を中止するのではなく、医療者へ相談することの必要性を患者に指導する必要があると思われる。

骨粗鬆症の薬物治療を継続している対象者において、約30～40%の者が、「服薬後30分間は横になれない」ことを問題点だと感じていた(正木ら, 2006)。さらに、ビスホスホネート製剤には、服薬後30分以内は水以外の飲食物を摂取できない、コップ1杯(約180ml)の水で服薬する、起床時に服薬する(寺戸ら, 2011)といった特徴的な服薬方法があり、患者がその服薬方法に困難を抱くという課題は、依然として残されている。このような服薬困難を考慮し、古東ら(2005)は、起床時に薬を飲み忘れた患者や起床時間の遅い患者には、昼食もしくは夕食30分前の空腹時に服薬するよう指導したことで、服薬方法に対して困難を抱く患者が減少したと述べている。骨粗鬆症は、自覚症状に乏しい場合が多く、服薬意欲が低下しやすい。骨粗鬆症治療の理解を深めてもらうとともに、個人の生活習慣を考慮した指導を行い、特殊な服薬方法をいかに個々の生活に適応させるかが重要であると考えられる。

2) 食事指導について

食事指導に関する文献検討の結果、対象者は骨粗鬆症教室受講後、野菜の摂取、小魚などの摂取、大豆製品の摂取は実施できていた反面、配布した食事レシピの活用やインスタント食品の利用を控えるといったことは実施できていなかった(山下ら, 2006)。この要因として、性差や年齢の相違によるカルシウム摂取源の違い(相良ら, 1997)や、食への嗜好の違いが、普段摂取する食品に影響している可能性が考えられた。とくに、高齢者には長い人生において培ってきた食習

慣や嗜好性があり、一度や二度の指導により行動変容を起こすことは容易でないと考えられる。そのため、個人個人の食習慣があることを踏まえ、その人その人に合った食事と調理可能な指導が必要であると考えられる。実際に、岡崎ら（1997）の研究では、事前調査により高齢者が普段摂取している食品を把握し、その食品を指導教材として取り上げたところ、カルシウム摂取量が増加していた。このように、その人の普段の食生活に合わせて食事指導を行うと、骨粗鬆症に必要なカルシウムを多くとるよう行動変容することがわかった。さらに、単発の指導では、行動を変容させるまでには至らない可能性も考えられた。このことから、対象者の食習慣や食への嗜好性を把握し、複数回の指導を行うことや講義だけでなく、実際にカルシウム量が多い食事を紹介したり、調理したりするなどの試みも必要であると考えられる。

しかし、骨粗鬆症予防を目的とした食事指導を実施した研究は少数であり、今後さらにエビデンスを構築していく必要があると考える。

3) 運動指導について

運動指導に関する文献検討から、高齢者が転倒予防の運動を継続して行うことは、バランス能力や下肢筋力低下予防につながることを示された（金ら，2001）。さらに、運動を継続できた者のうち、自宅での運動回数が多い者や、1ヵ月間の歩数および速歩時間の平均値が高い者は、骨密度が維持されることが明らかとなった（堀井ら，2009；堀井ら，2007）。これらのことから、骨粗鬆症患者に骨折予防を目的として実施される運動指導は、転倒予防と骨密度の改善の2つの視点から行われる必要があると考える。また、骨密度の改善を目的にした運動指導では、単に歩行を推奨するのではなく、速歩時間の有効性についても指導を行う必要があると思われる。

さらに、運動プログラムの一環で実施した個人面接が、高齢者の運動意欲の継続に効果的であることが示された（福録ら，2011）。とくに高齢者は、加齢に伴う筋力低下を生じやすく、さまざまな疾患を有するため、実施可能な運動の種類や強度が異なる。そのため、面接を実施し、指導者と高齢患者が意思疎通のできる場をつくり、高齢者の運動状況を確認するとともに高齢者の体調を確認し、その高齢者に合った運動強度の調節を行うことが高齢者の運動継続に必要であると考えられる。

4) 患者家族への指導の必要性について

骨粗鬆症を治療するための自己注射の実施において、家族の介助が必要な対象者は、全体の39%であることが示された（遠藤ら，2012）。自己注射をする高齢者に認知症や視力障害、手指機能障害などが出現

すると、治療継続のためには、家族の介助が必要になるということも明らかになった（遠藤ら，2012）。厚生労働省の報告（2016）によると、高齢者の7人に1人が認知症になる可能性があるといわれている。高齢化率の上昇に伴った認知症高齢者の増加により、今後、骨粗鬆症治療のための自己注射の実施に困難を抱く高齢者が増加することが考えられる。

また、鶴居ら（2017）は、自己注射の手技が習得できなかった患者は、「注射針の取り外し」や「ゴム栓の消毒」といった動作に困難を抱いていたことを報告している。加齢とともに増加する視力障害や手指機能障害により、前述した動作に困難が生じ、正確かつ安全に注射を実施することができず、家族の介助が必要となることも考えられる。これらを踏まえると、骨粗鬆症治療において治療を継続するためには、家族などの介護者が果たす役割は大きいといえる。しかし、今回の文献検討では、実際に骨粗鬆症患者を介護する家族を対象とした文献は見当たらなかった。

したがって、今後、骨粗鬆症患者を介護する家族に焦点を当てた研究を実施し、家族のサポートにより、治療の有効性を高めていく必要性があると考えられる。

Ⅶ. 結 論

文献検討より以下の4つが明らかになった。

- 1) 複数の医療者による服薬指導や、医療者が患者の理解度を定期的に確認し、指導を行うことは、患者に服薬を継続させることに有効である。
- 2) 高齢者の骨粗鬆症治療の向上のために、食習慣や食への嗜好性を把握し、複数回の食事指導を行うことや、講義だけでなく、実際にカルシウム量が多い食事を紹介したり、調理指導が有効である。
- 3) 運動指導による骨密度の改善には、歩行を推奨するだけでなく、速歩時間の有効性についても指導を行う必要がある。
- 4) 高齢患者に認知症、視力障害、手指機能障害などがある場合、骨粗鬆症治療を継続させるためには家族の介助が必要であるが、骨粗鬆症患者を介護する家族に焦点を当てた研究は少ない。今後、骨粗鬆治療を継続し、治療の有効性を高めるためにも、家族を対象とした研究をする必要がある。

引用文献，参考文献

- 1) 秋山美紀，武林亨，平井愛山（2009）. 保険調剤薬局薬剤師と病院医師とのネットワークを用いた情報

- 共有が服薬指導に与える効果. 医療マネジメント会誌, 9 (4), 504-510.
- 2) Clowes, J.A., Peel, N.F., Eastell, R. (2004). The impact of monitoring on adherence and persistence with antiresorptive treatment for postmenopausal osteoporosis : a randomized controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab*, 89, 1117-1123.
 - 3) 遠藤みのり, 新美壘, 出口いおり, 古田昌子 (2012). 骨粗鬆症治療薬フォルトオの自己注射指導における注意点についての検討. *整形外科*, 17 (10), 1046-1049.
 - 4) 藤縄理, 元井修, 荒木智子, 廣瀬圭子, 善生まり子, 新保真理, 加藤優, 萱場一則, 野川とも江, 遠藤直人 (2010). 地域の指導者とともに実施した骨粗鬆症と転倒の予防教室の効果. *Osteopor Jpn*, 18 (2), 261-264.
 - 5) 福島政子, 末上茂子, 大井千鶴子 (2012). 骨粗鬆症患者の運動・薬物療法のアドヒアランス向上につながった看護介入. *日看会論集:成人看*, 42, 117-120.
 - 6) 福録恵子, 瀬戸奈津子, 清水安子, 太田暁美, 木村みさか (2011). 整形外科クリニックを拠点とした転倒予防住宅トレーニングプログラムの開発—インタビューによる効果とプログラムの評価—. *日看会論集:老年看*, 41, 137-140.
 - 7) 日々野豊, 藤岡洋子, 町田順子 (2014). テリパラチド (毎日自己注射製剤) を用いた骨粗鬆症教育入院の評価. *新潟医学会誌*, 128 (6), 258-263.
 - 8) 堀井裕子, 中崎美峰子, 田中朋子, 金木潤, 明神三枝子 (2009). 中高齢者の継続的な運動実施が血液性状および骨量, 骨代謝指標に及ぼす影響. *富山衛研年報*, 32, 116-120.
 - 9) 堀井裕子, 中崎美峰子, 田中朋子, 明神三枝子 (2007). 中高齢者の身体活動量, 体力が骨代謝指標および超音波骨量指標に及ぼす影響. *富山衛研年報*, 31, 152-157.
 - 10) 長谷奈那子, 功刀さおり, 夏目健太郎, 正木銀三, 山崎薫 (2016). FLS の実際 地域の取り組み 大腿骨近位部骨折地域連携パスにおける維持期での治療継続率向上に向けての取り組み. *日骨粗鬆症会誌*, 2 (2), 205-208.
 - 11) 一般社団法人日本骨粗鬆症学会 OLS 委員会ワーキンググループ (2015). 骨粗鬆症マネージャーレクチャーコース配布資料 (第3版), p. 8.
 - 12) 加藤智香子, 藤田玲美, 猪田邦雄 (2016). 一次・二次予防・介護予防通所リハにおける運動器機能向上プログラム介入効果の比較. *中部大生命健科研紀*, 12, 26-31.
 - 13) 厚生労働省:平成 25 年国民生活基礎調査の概況. www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k.../dl/16.pdf.
 - 14) 古東司郎, 鎌足雅之, 村田卓 (2005). ビスホスホネートのコンプライアンス向上のための工夫. *Osteopor Jpn*, 13 (2), 415-418.
 - 15) 小西佑弥, 島倉将司, 木本涼太, 田中尚登, 木村孝, 入江保雄, 高宮尚武, 山下恵司, 黒川正夫 (2016). 外来骨粗鬆症患者に対する運動指導の効果について. *済生会吹田病医誌*, 22 (1), 7-10.
 - 16) 古賀震, 佐橋徹, 長谷川純, 北爪宏幸, 福山和恵, 廣田こずえ, 栗田有紀子, 向笠栄乃, 遠山和成 (2016). 骨粗鬆症に対する生活習慣の指導および改善の介入効果について. *静岡大短大部研紀*, 29, 21-24.
 - 17) 金丸晶子, 飛松治基, 堀内敏行 (2007). 骨粗鬆症患者における運動指導による QOL 変化に関する検討. *Osteopor Jpn*, 15 (3), 513-517.
 - 18) 木内千晶, 石川みち子, 吉田千鶴子, 小倉美沙子, 畠山玲子 (2006). 中高年女性の生活習慣と骨密度の関係. *岩手大看紀*, 8, 51-60.
 - 19) 金憲経, 吉田英世, 湯川晴美, 鈴木隆雄 (2001). 高齢者の転倒予防を目指す体力・健康づくりプログラムの提案. *東京老年会誌*, 8, 189-192.
 - 20) 上出直人, 隅田祥子, 福田倫也 (2009). 骨粗鬆症患者におけるホームエクササイズの運動機能および転倒に対する有効性. *総合リハ*, 37 (12), 1149-1154.
 - 21) 小林俊介, 安武夫, 細野治, 黒川陽介 (2017). リウマチ膠原病患者の骨粗鬆症に対する副甲状腺ホルモン (PTH) 製剤テリパラチド連日皮下注射製剤の治療継続率, 安全性, 血清カルシウム値変動に関する検討. *日病薬師会誌*, 53 (3), 304-308.
 - 22) 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会 (2015). 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015 年版 (第1版), pp. 4, 東京: ライフサイエンス.
 - 23) 北澤美佐緒, 前田樹海, 高山鈴美, 小西恵美子 (2007). 骨粗鬆症予防に効果的な教育方法の開発と評価. *Osteopor Jpn*, 15 (4), 73-81.
 - 24) 菊野竜一郎, 龍憲司, 菊野光郎, 松永俊二, 小宮節郎 (2005). アレンドロネートとリセドロネートの処方服薬状況と服薬指導方法の影響. *Osteopor Jpn*, 13 (3), 767-771.
 - 25) 河嶋和子, 秋山めぐみ, 立野政信, 本間隆志, 西久美子, 佐野悠紀子, 高橋久美子 (2003). アレンドロン酸ナトリウム錠の服薬状況調査 適切な患者指導を目指して. *新潟病医会誌*, 51, 40-42.
 - 26) 正木秀樹, 中弘志, 富吉泰夫, 三木隆己, 今西康雄, 稲葉雅章, 西沢良記, 斎藤真一 (2006). 長期ビスホスホネート投与患者の現状—アンケートによる服薬状況調査の結果より—. *Osteopor Jpn*, 14 (3),

- 562-568.
- 27) 内閣府：平成 28 年版高齢社会白書（全体版）。
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/28pdf_index.html.
- 28) 西尾美栄子（2014）. 骨粗鬆症治療薬エルデカルシトール（活性型ビタミン D3 製剤）の使用経験. *Ther Res*, 35 (2), 183-189.
- 29) 中村利孝, 菅原良恵, 水野正道, 岩下晴美, 安部和明（2013）. 骨粗鬆症患者の服薬継続率向上への試みと検討—服薬継続支援プログラム利用実態調査に関する中間報告—. *Osteopor Jpn*, 21 (3), 637-645.
- 30) 野田幸男, 佐藤友里, 小島康則, 塚本真由, 山田洋一, 松永竜二, 近藤史, 松園温子, 原澤洋平, 片平美紀, 久保田和美, 池田亜津未, 青島智津, 長南希弘子（2014）. リハビリ病院における大腿骨近位部骨折二次予防プログラム. *Osteopor Jpn*, 22 (3), 490-494.
- 31) 中村節子, 細矢文, 高橋良恵, 大曾契子（2014）. 骨粗鬆症治療薬テリパラチド（フォルテオ）治療を受ける患者の思い 外来自己注射指導の充実に向けて. *信州大医病看研録*, 42 (1), 67-69.
- 32) 岡崎光子, 上遠野早苗, 城戸我夜子, 奥恒行（1997）. 高齢女性への骨粗鬆症と摂取に関する栄養教育の試み—高カルシウム弁当を用いた栄養教育の評価—. *栄養誌*, 55 (5), 273-282.
- 33) Report of a WHO study group (1994). Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis WHO technical report series, p.843.
- 34) Solomon, D.H., Avon, J., Katz, J.N., Finkelstein, J.S., Arnold, M.A., Polinski, J.M., Brookhart, M.A. (2005). Compliance with osteoporosis medication. *Arch Intern Med*, 165, 2414-2419.
- 35) 佐藤鈴子, 林稚佳子, 濱本洋子, 会田玲子, 住垣千恵子, 水野正之（2008）. 地域居住の自立高齢者における体力と体力自覚・主観的幸福感, 国立看大研紀. 7 (1), 9-17.
- 36) 島垣斎（2013）. 第一線での骨粗鬆症診療 啓発とアドヒアランス向上をめざして 骨粗鬆症治療最前線での組織的取り組みと工夫. *Osteopor Jpn*, 21 (2), 290-293.
- 37) 佐久間真由美, 遠藤直人（2003）. 骨粗鬆症患者 QOL 評価質問票（日本骨代謝学会 2000 年度版）の検討. *Osteopor Jpn*, 11 (4), 137-144.
- 38) 鈴木諒, 小谷俊明, 秋山宏美, 宮崎木の実, 倉持智美, 堀井亮平, 中谷有岐, 葛生亜美, 大檐克也（2016）. Balloon kyphoplasty 後の地域連携パスを用いたテリパラチド週 1 回製剤の治療継続率. *日骨粗鬆症会誌*, 2 (2), 139-141.
- 39) 佐々木陽一, 原大真, 大谷純一, 滝雪歩, 福長豊己, 津田友美, 森康晴, 西原昌幸（2013）. アドヒアランス向上を目標としたマツダ病院と安芸薬剤師会における薬業連携の取り組み—フォルテオ皮下注 薬業連携シートの運用—. *広島病薬師会誌*, 48 (1), 23-25.
- 40) 杉江広紀, 佐藤卓, 油野民雄（1997）. 骨粗鬆症の検診における事後指導について. *エム・オー・エー健康科学センター研究報告集*, 6, 53-67.
- 41) 相良多喜子, 由田克士, 西条旨子, 森河裕子, 田畑正司, 三浦克之, 東口和代, 瀬戸俊夫, 中川秀昭（1997）. 高齢者のカルシウム摂取状況. *北陸公衛会誌*, 23 (2), 80-83.
- 42) 鶴居勝也, 橋爪和恵, 讓原千広, 波多晶子, 中澤美樹子, 窪田真弓（2017）. 外来患者のテリパラチド皮下注キットの自己注射手技向上と治療継続を目指した薬業連携の取り組み. *薬局薬学*, 9 (1), 88-95.
- 43) 寺戸靖, 田中直哉, 近藤澄子, 田中秀和（2011）. ビスフォスフォネート製剤の服薬コンプライアンスと保険薬局薬剤師の役割. *薬局薬学*, 3 (2), 109-117.
- 44) 田中郁子, 早川克彦, 大島久二（2003）. アレンドロネートの服用継続率の検討—クリニックにおける骨粗鬆症診療実態調査—. *Osteopor Jpn*, 11 (2), 252-255.
- 45) 上西洋子, 坂本久美子, 平井依子, 岡本博子, 岩井隆子（1999）. 骨粗鬆症患者における教育後の継続性についての検討—アンケート調査の結果を年代別に分析して—. *大阪市大看短大紀*, 1, 17-23.
- 46) 山本秀三, 長尾憲孝, 高橋完靖（2007）. 骨粗鬆症治療薬リセドロネートの長期（2 年間）服薬継続率に関する検討. *中部整災誌*, 50 (3), 501-502.
- 47) 山下孝子, 福井幸代, 棟田ひとみ, 金本邦子, 岩本紀美子（2006）. 骨粗鬆症予防教室受講者の理解度と行動変容の調査研究. *日看会論集：地域看*, 36, 24-26.
- 48) 安彦鉄平, 安彦陽子, 島村亮太, 山本真秀, 相馬正之, 宮崎純弥, 丹野亮, 林泰史（2012）. 疼痛を有する運動器不安定症外来患者に対するセルフエクササイズ指導の継続的変化と影響因子の検証. *ヘルスプロモーション医療研*, 1 (2), 147-154.

活動と資料

在宅看護学実習の学びに実習期間が与える影響： 訪問看護ステーション実習における指導者の語りから



森本 安紀, 河野 益美
滋賀県立大学人間看護学部

要旨 平成 24 年の看護基礎教育カリキュラム改正まで、A 大学の訪問看護ステーションでの実習期間は、1 週間と 2 週間が混在している状況であったが、平成 24 年度の入学生から在宅看護学実習と改め、訪問看護ステーションで 2 週間の実習を行うことになった。この変化の時期に関わった実習指導者の語りから、在宅看護学実習の期間が学びに与える影響と、実習を効果的に運営するための要素を明らかにする。対象は両方の実習に指導経験がある看護師 5 名とし、インタビューを行った。その結果、107 のコード、19 のサブカテゴリー、《学習方法への支援》《看護の実践に向けた指導》《関係構築》《指導に関する取り組み》《効果的な実習をするための工夫》の 5 つのカテゴリーを見出した。実習指導者は看護展開が実施と評価まで行える 2 週間実習の効果を感じていた。1 週間実習では、概要的な学びだけにならないよう、実践に結びつくように説明を加え、学生がイメージしやすいようにしていた。実習指導者と教員は、実習前から学生に関する情報の提供と指導方針の確認、学内演習と中間カンファレンスの活用方法など、相補的な関係によりさまざまなマネジメントを行う必要があることがわかった。

キーワード 在宅看護学実習, 指導者, 教育, 訪問看護ステーション, 実習期間

I. 緒言

近年、わが国では医療体制の見直しから、在院日数の短縮化がはかられており、病院完結型から地域完結型へと医療の仕組みが変化している。

このような状況を反映して、看護基礎教育においても在宅看護教育の充実をはかるため、平成 24 年度に看護基礎教育カリキュラムの改正（以下、カリキュラム改正とする）が行われたことにより、これまでの看護師保健師統合カリキュラムで行われてきた地域看護学と在宅看護論の重複する教育内容の読み替えは不可能となった（鈴木・石津・佐藤，2015）。平成 24 年度のカリキュラム改正まで A 大学では、3 回生後期から 4 回生前期にか

けて地域看護学実習 I・II のなかで訪問看護ステーションでの実習を行っていた。その内容は、まず地域看護学実習 I として全員が訪問看護ステーションでの実習を 1 週間行い、続いて行っていた地域看護学実習 II のなかの 1 週間は訪問看護ステーションでの実習とすることで、訪問看護ステーションでの実習が 2 週間となる学生 A 群と、地域看護学実習 II では保健所・保健センターで実習を行うため、訪問看護ステーションでの実習が地域看護学実習 I の 1 週間のみになる学生 B 群とが混在している状態であった（表 1）。このため、実習の内容も学生 A 群（表 2）と学生 B 群（表 3）で異なっていた。

平成 24 年度のカリキュラム改正に伴い、地域看護学と在宅看護の重複する教育内容の読み替えは不可能となったことで、A 大学では地域看護学実習 I・II から在宅看護学実習（2 週間）と、公衆衛生看護学実習（4 週間）とに科目名を改めた。これにより、平成 24 年度の入学生が 3 回生となった平成 26 年度後期の実習から、すべての学生が在宅看護学実習として、訪問看護ステーションで 2 週間の実習を行うようになった。

これまで、在宅看護学実習を対象とした研究では、訪問看護師と在宅看護学実習指導における自己効力感（東海林・森脇・大竹・細谷・小林，2016）や、スタッフの実習に対する認識（佐和田・稲垣・永田・八木澤，

The effects of practical training period on learning of home nursing practice : Consideration from the narrative of practice training instructors of home care nursing station

Aki Morimoto, Masumi Kono
School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2017 年 9 月 29 日受付, 2018 年 1 月 24 日受理

連絡先: 森本 安紀

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町 2500

e-mail: morimoto.a@nurse.usp.ac.jp

表 1 A 大学地域看護学実習 I・II

	地域看護学実習 I	地域看護学実習 II		
学生 A 群	訪問看護ステーション実習 1 週間	訪問看護ステーション実習 1 週間	地域包括支援センター・産業保健・学校保健のうちいずれかで実習 1 週間	保健所・保健センター実習 1 週間
学生 B 群	訪問看護ステーション実習 1 週間	保健所・保健センター実習 3 週間		

表 2 学生 A 群の実習内容（訪問看護ステーション実習 1 週間）

	曜日	場所	実習内容	受け持ち看護展開の目安
1 週目	月火	臨地実習	同行訪問	情報収集
	水	学内演習	訪問看護に関する制度の復習・実習先訪問看護ステーション概要の発表	情報の整理とアセスメント・関連図の作成
	木金	臨地実習	同行訪問・最終カンファレンス	看護問題の抽出

表 3 学生 B 群・在宅看護学実習の実習内容（訪問看護ステーション実習 2 週間）

	曜日	場所	実習内容	受け持ち看護展開の目安
1 週目	月火	臨地実習	同行訪問	情報収集
	水	学内演習	訪問看護に関する制度の復習・実習先訪問看護ステーション概要の発表	情報の整理とアセスメント・関連図の作成
	木金	臨地実習	同行訪問・中間カンファレンス	看護問題の抽出
2 週目	月火	臨地実習	同行訪問	計画立案したものの実施・修正
	水	学内演習	受け持ち事例についての発表	計画修正
	木金	臨地実習	同行訪問最終カンファレンス	計画実施・評価

2015) については報告されてきた。また、学生の実習の体験内容については、多くの研究報告がある（菊池・照井・スーディ神崎, 2011; 松尾・高田, 2013; 牛久保ら, 2012; 牛久保ら, 2015)。しかし、今までの研究には、実習期間と実習の学びを比較した報告はない。

II. 研究目的

本報告では A 大学で在宅看護学実習と改定される前に、1 週間の実習が行われていたことに着目し、この変化の時期に関わった訪問看護ステーションの実習指導者（以下、指導者とする）の語りから、実習の期間が学びに与える影響と、実習を効果的に運営するための要素を明らかにする。これにより、看護基礎教育における在宅看護学実習を構築するための一助としたい。

III. A 大学の在宅看護学実習の状況

地域看護学実習 I・II が在宅看護学実習に改められて、

訪問看護ステーションでの実習が 2 週間の学生 B 群の内容が在宅看護学実習となった。実習の内容は表 2・3 に示す。

1 週間の実習である学生 A 群の場合、受け持ち事例の展開については、看護問題の抽出までとし、看護計画は立案していなかった。2 週間の実習である学生群 B と在宅看護学実習では、看護展開は計画立案し実施と評価まで行っていた。

学生は同行訪問として、毎日複数の対象者へ看護師と訪問し、実習目標の達成を目指す。訪問看護は対象者自身とその家族の意向や、病状、生活状況など、さまざまなことを考慮し、計画されている。看護師はこの計画にそって、決められた曜日・時間に訪問して看護を提供する。このため、対象者によって訪問回数は異なり、多い場合は毎日、少ない場合は月に 1 回ということもある。このような状況で、看護師に同行して行う在宅看護学実習では、学生は毎日異なる対象者に訪問することになる。さらに 1 日のうち、学生が同行する訪問の件数は 2 件から多いときは 5 件になる。

また、学生は実習期間中に何度か訪問が可能な対象者のなかから、受け持ち事例として 1 名選定し看護展開を

行う。できるだけ週に2回以上の訪問が可能な対象者を選定してもらえよう大学より訪問看護ステーションへ依頼し、スケジュールの調整を行っていた。このため1週間の場合は、受け持ち事例への訪問回数は2～4回であり、2週間の場合、受け持ちへの訪問回数は2～8回であったが、毎日訪問看護を利用している事例が少ないため、ほとんどの学生が1週間であるならば2回、2週間であるならば4回の訪問となっていた。

ほかにも、サービス担当者会議への参加や、ケアマネージャーなど他職種の訪問に同行するなど、多様なサービス支援を学ぶ機会を得ることができるよう依頼し、訪問看護ステーションも、さまざまな内容をスケジュールに組み込んでいた。

実習先の訪問看護ステーションの学生の配置は、1施設につき学生2名としていた。このため、実習期間中は複数の訪問看護ステーションに学生を配置することになり、教員1名が、1～3施設の担当をする必要があった。複数の実習先を担当するため、教員は、学生が訪問から帰ってきている時間に合わせてラウンドし、指導を行う体制をとっていた。

学内演習では、1週目の水曜日は、それぞれの訪問看護ステーション概要を発表し、いろいろな訪問看護ステーションの状況を知り、自身の実習施設の役割などについて考える機会をつくっていた。さらに既存の知識の確認として、訪問看護に関する制度の振り返りを行い、実習中の事例と結びつけて考えるように意識づけを行っていた。2週目の水曜日の学内演習では、受け持ち事例の発表を行い、さまざまな対象者の理解を深め、知識の共有を行っていた。このように多くの実習先に分かれて行う在宅看護学実習では、配置された訪問看護ステーションや時期によって状況が変化することもあるため、大学での学内日は、実習のために必要な学習時間の確保以外にも、学生同士が学習内容を共有できるように演習を組み立てていた。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究。

2. 対象者

A 大学の在宅看護学実習において1週間実習と2週間実習、両方の実習への指導経験がある実習指導者5名。

3. データ収集期間

倫理審査委員会承認後の平成28年1月27日から3月31日。

4. データ収集方法と内容

プライバシーを確保できる個室にて半構成的面接を

行った。インタビューの時間は1時間程度とし、対象者に承諾を得たうえでICレコーダーに録音し、そのうえで逐語録を作成し分析データとした。インタビューの主な内容は新カリキュラムの実習に移行したことに対して「実習内容について、変化があったか、またどのような場面でそう感じたか」「学生の習熟度について、違いがあったか、またどのような点でそう感じたか」「大学の指導体制について、変化があったか、またどのような場面でそう感じたか」である。

5. 分析方法

逐語録の内容をくり返し確認し、意味内容による類似性と分類をくり返して抽象度を高め、カテゴリー化した。また、カテゴリー化を行う過程を研究者間で確認を行い、信頼性の確保を行った。

6. 倫理的配慮

対象者の所属する訪問看護ステーションに了承を得たうえで、対象者に本研究の趣旨と内容を口頭および書面にて説明を行った。参加に同意した場合であっても不利益を受けることなく、これを撤回できることを保障した。同意書への署名をもって同意が得られた指導者に対してインタビューを行った。本研究は千里金蘭大学疫学研究倫理委員会の承認（通知番号241）を得て実施した。

V. 結果

1. インタビュー対象者の属性

インタビュー対象者の属性については表4に示す。

表4 インタビュー対象者の属性

	年齢	職種	訪問看護の経験年数	学生指導の経験年数
A	50代	看護師・管理者	15年	8年
B	30代	看護師・管理者	10年	6年
C	50代	看護師	8年	3年
D	40代	看護師・管理者	12年	4年
E	50代	看護師・管理者	12年	3年

2. 1週間実習と2週間実習における指導者の語り

指導者の語りから107のコードを抽出し、19のサブカテゴリーに集約し、5つのカテゴリーを見出した(表5)。なお、コードの横にコードの元となった内容の数について、1週間実習を「1週間」、2週間実習を「2週間」、期間を関係なく共通している内容については「共通」としてその数を示した。なおカテゴリーを《》，サブカテゴリーを〈〉、コードを〔〕、データの直接引用箇所は“”で示す。次に、カテゴリー別に1週間実習と、2週間実習であげられたサブカテゴリーとコードを整理する。

表5 指導者からみた実習期間と学びの影響カテゴリー・サブカテゴリー・コード一覧

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	コード数				
			1週間	2週間	共通		
学習方法への支援	学習時間の影響	学習の仕方が浅くなる	1				
		時間の余裕と学習量も増え、理解が深まる		5			
	経験する機会を増やす	1週目と2週目の比較で変化が見つけられる		1			
		同じ疾患でも違うアプローチが学べる		1			
		病気やケアについてたくさん見ることができる		3			
	意欲・自信が持てるような支援	意欲をもっていると、成果を獲得できる		3			
		いい顔をしているかどうかを見る		2			
		指導者が促して行ったケアは反応が薄い			1		
		1つでもできたことが喜びや自信につながる		2			
	記録・発言への思い	記録の書き方が決まっていると比べやすい	感じたことが書ければいい			2	
			見ておいてほしいところを記録できる	1			
		学生の記録に受け取り方の誤解がみられる	発言できたことが記録に反映されない	2			
			言えば言っただけ記録に反映されてくる		4		
		聞けば、答えが返ってくる	発言はできなくても、記録が書ければいい			1	
			記録ができなくても、発言できればいい			1	
		在宅での感想がみんな一緒に教科書的		1	1		
						2	
		看護の実践に向けた指導	対象者の個別性が理解できることへの評価	見た状況のまま感じとる	1		
				病気と生活状況が把握できている		2	
	個別性に対応した看護についてわかる				3		
対象者がどのように受容して、どのような生活のニーズがあるのか理解できる				1	2		
見学から理解を促す指導	見学が中心になる		3				
	短い期間のなかで実践まではなかなかいかない		3				
	いろいろな看護師の技術を見る				1		
実践から学びを得るための指導	看護展開が実施、評価までできた効果を感じる			6			
	実践のときに声かけができる				1		
	看護師のケアの補助を行う				1		
情報収集の広がりへの評価	カンファレンスや朝のミーティング、電話の内容からも情報収集できる			1	1		
	介護者、親戚の人、ペット、近所の人も関係することがわかる			1			
在宅看護の理解を評価する視点	全体的に在宅とはということがわかる			3	1		
	対象者の大事なところに寄り添う看護を知る				1		
	家族単位で療養を捉える				1		
	家で行う看護の方法に気づく				1		
	支えている家族、近隣の方、また連携しているチームの実際を知る			4			
関係構築	利用者との関係づくり	何度も訪問できると迎え入れる方も喜ぶ		1			
		何度も訪問できた家では学生もリラックスする		1			
	指導者との関係づくり	2週目のほうが緊張せず、質問が多くなる		2			
		同行訪問のなかでコミュニケーションを深める		1			
		関係構築に1週間必要			2		

		学生の背景を聞く			2	
		体調が悪いようなときは心配			1	
		無理をしているのではないかと不安になる			1	
	指導者と教員の相補的な関係	指導者と教員がチームとして指導できる		3		
		教員が学生との橋渡しをしてくれる			3	
指導に関する取り組み	指導方法の工夫	他の実習（保健所実習など）でいろいろなケースを見ることで補える	1			
		あまり深くは掘り下げていない	1			
		書面上での指導は1週間でできる	1			
		2週間あると段階的に指導できる		3		
		話をするだけでなく、ふれ合ってもらう		2		
		移動中を利用して個別指導する	1	2		
		記録のなかの教員のコメントを見る		1		
		学生の学びから教えたことを振り返る			1	
		理解を深めるための知識の教授	訪問看護、訪問看護師、連携など、概要的なことを説明する	1		
	地域でいろいろな人と関わることを伝える				1	
	地域包括ケアの看護師の役割を伝える				1	
	社会の流れを伝える				1	
	口頭での説明をし、イメージをしてもらう		3			
	生活するうえでの知識から教える必要がある				1	
	心理的な支援	学生と関係構築できると指導しやすい		2		
		ステーションで話しやすい環境づくり			1	
		最初心配でも学内日の後、変わるのを待つ	1	1		
		個性があるので比較しない			2	
	実習に対する期待	1週目に理解が不足していると思っても、2週目で取り返せばいいと思える	2			
		看護師自身も看護のフィードバックになる	1	1		
		学生の気づきが嬉しい	4	2		
		間接的に他の看護師の看護を知ることができる			1	
		見られていることが刺激になる			2	
		毎日必ず1つは何かチャレンジしてほしい			1	
		人と接するということを理解してほしい			1	
		看護師としての姿勢・意欲を養ってほしい			1	
		実習後の学生の状況もフィードバックがほしい			1	
	効果的な実習をするための工夫	スケジュールの調整	デイケアやグループホームなど、見てもらいたいところの見学を入れる	2		
			対象者が限られてくるなかでもたくさんの人を見てほしい	3		
			受け持ち対象者が選びやすい曜日である			1
			2週間あるとスケジュールが組みやすい			1
			病院の看護を学んでからの方が教えやすい			2
		学内演習とカンファレンスの活用			3	
事前準備の必要性					5	

1) 《学習方法への支援》

指導者は、1週間実習について「学習の仕方が浅くなる」というように、「学習時間の影響を示しており、〔見ておいてほしいところを記録できる〕ようにという〈記録・発言への思い〉をもっている。しかし、〔学生の記録に受け取り方の誤解がみられる〕ことがあることも指摘している。

2週間実習では、「勉強して調べたことが2週目につなげられる」というように、「土日に学習が進む」というように、「時間の余裕と学習量も増え、理解が深まる」ことが〈学習時間の影響〉として評価している。また、「1週目と2週目の比較で変化が見つけられる」〔同じ疾患でも違うアプローチが学べる〕〔病気やケアについてたくさん見ることができる〕というように、「経験する機会を増やす」ことができることを評価している。また、「意欲をもっていると、成果を獲得できる」〔いい顔をしているかどうかを見る〕〔1つでもできたことが喜びや自信につながる〕というように、学生の〈意欲・自信が持てるような支援〉を行っていた。さらに、「記録・発言への思い」では、「言えば言っただけ記録に反映されてくる」というように、日々の学習の積み重ねを評価していた。

実習期間に関係なく共通することとして、「意欲・自信がもてるような支援」では、「指導者が促して行ったケアは反応が薄い」というように、学生が主体的に関われないことを指摘している。「記録・発言への思い」として、「感じたことが書ければいい」というように評価している反面、「発言できたことが記録に反映されない」ということがあげられた。さらに、「聞けば、答えが返ってくる」〔記録ができなくても、発言できればいい〕というように、学習したことを記録だけではなく、学生の発言から確認していた。また、「記録の書き方が決まっていると比べやすい」というような、大学の指導体制が求められた。他にも、「みんな判を押したように在宅での感想が割と一緒なので、テキストがあるのかなと思える」というように、「在宅での感想がみんな一緒に教科書的」であることに対する意見があげられた。

2) 《看護の実践に向けた指導》

指導者は1週間実習について、「対象者の個別性が理解できることへの評価」として、「見た状況のまま感じとる」としている。一方で、「自分がやるわけではないので、そんなものがぐらいで終わる」「どうしても見学が中心になってしまう」というように、「見学が中心になる」と感じている。また、「受け持ち利用者の看護展開、看護計画を実施して、評価するまでの時間的な余裕もない」というように、「短い期間のなかで実践まではなかなかいかない」としている。このため、1週間実習では、「見学からの理解を促す指導」が行われていた。

2週間実習では、「病気と生活状況が把握できている」

〔個別性に対応した看護についてわかる〕〔対象者がどのように受容して、どのような生活のニーズがあるのか理解できる〕というように、「対象者の個別性が理解できることへの評価」があげられた。また、「看護展開が実施、評価までできた効果を感じる」ことで、「実践からの学びを得るための指導」ができるとしている。

さらに、「情報収集の広がり」の評価として、「おじいちゃん（を訪問看護で）見てるけど、介護しているおばあちゃんのことや、親戚の人が死んだとか、全然関係のない近所の人のこととかも在宅看護に入ってる」というように、「介護者、親戚の人、ペット、近所の人も関係することがわかる」ということがあげられた。

期間関係なく共通することとして、「対象者の個別性が理解できることへの評価」では、「対象者がどのように受容して、どのような生活のニーズがあるのか理解できる」ことがあげられた。また、「いろいろな看護師の技術を見る」ことで、「見学からの理解を促す指導」が行われていた。「実践からの学びを得るための指導」として、「看護師のケアの補助を行う」よう指導して、「実践のときに声かけができる」ことを評価していた。

「情報収集の広がり」の評価では、「カンファレンスや朝のミーティング、電話の内容からも情報収集できる」というように、看護師が訪問から帰ってきて電話で医師へ連絡している内容や、カンファレンスなど看護師同士の情報共有を行っている場面に学生が気づけることを評価していた。

さらに、「全体的に在宅とはということがわかる」〔対象者の大事なところに寄り添う看護を知る〕〔家族単位で療養を捉える〕〔家で行う看護の方法に気づく〕〔支えている家族、近隣の方、また連携しているチームの実際を知る〕ことが、「在宅看護の理解を評価する視点」としてあげられた。

3) 《関係構築》

1週間実習において《関係構築》に関する指導者の語りはなかった。

指導者は2週間実習では、「利用者」と学生の関係づくりができていた。そして、そのためには、「何度も訪問できると迎え入れる方も喜ぶ」〔何度も訪問できた家では学生もリラックスする〕と述べていた。

また、「2週目のほうが緊張せず、質問が多くなる」〔同行訪問のなかでコミュニケーションを深める〕というように、「指導者と学生の関係づくり」ができるとしており、このためには、「関係構築に1週間必要」としている。

さらに、「指導者と教員が近くなるので、チームとして動けるような印象をもっている」というように、「指導者と教員がチームとして指導できる」ことが、「指導者と教員の相補的な関係」の構築ができるとしている。

実習期間に関係なく共通することとして、指導者は〈指

導者と学生の関係づくり)のために、[学生の背景を聞く]ようにしており、[体調が悪いようなときは心配][無理をしているのではないかと不安になる]というように、体調面についての配慮があげられた。

また、[教員が学生との橋渡しをしてくれる]というように、**〈指導者と教員の相補的な関係〉**のなかでの教員の役割が示された。

4) 《指導に関する取り組み》

指導者は1週間実習について、[他の実習(保健所実習など)でいろいろなケースを見ることで補える]と捉えながら指導しており、[あまり深くは掘り下げていない]ようにしていた。また、[書面上での指導は1週間できる]というように、日々の記録から**〈指導方法の工夫〉**を行っていた。さらに、[訪問看護、訪問看護師、連携など、概要的なことを説明する][口頭での説明をし、イメージをしてもらう]というように、**〈理解を深めるための知識の教授〉**を行っていた。

2週間実習では、[2週間あると段階的に指導できる][最初心配でも学内日の後、変わるので待つ]というように、日にちがあることで指導が段階的に行われていた。また、訪問の機会が多いことで、学生が対象者と[話をするだけではなく、ふれ合ってもらう]ようにしていた。また、[記録のなかの教員のコメントを見る]こともされていた。これらのように指導者はさまざまな**〈指導方法の工夫〉**を行っていた。さらに、[学生と関係構築できると指導しやすい]と捉えており、**〈心理的な支援〉**が行われていた。

このような**〈指導の工夫〉**には、[1週目に理解が不足していると思っても、2週目で取り返せばいいと思える][看護師自身も看護のフィードバックになる][学生の気づきが嬉しい]というように**〈実習に対する期待〉**が関連していた。

実習期間に関係なく共通することとして、[地域でいろいろな人と関わることを伝える][地域包括ケアの看護師の役割を伝える][社会の流れを伝える]というように、**〈理解を深めるための知識の教授〉**が行われていた。さらに、[生活するうえでの知識から教える必要がある]としており、学生の理解のために、生活に関する一般的な知識も含めて教えるようにしていた。

また、[移動中を利用して個別指導する]というように、**〈指導方法の工夫〉**が行われており、学生の理解の確認として[学生の学びから教えたことを振り返る]ようにしていた。他にも、[ステーションで話しやすい環境づくり]や、[最初心配でも学内日の後、変わるので待つ][個性があるので比較しない]というように、**〈心理的な支援〉**が行われていた。

〈実習に対する期待〉には、[看護師自身も看護のフィードバックになる][間接的に他の看護師の看護を知るこ

とができる][見られていることが刺激になる]というように、実習指導を通して看護の質の向上を目指す機会と捉えていた。また、学生には[学生の気づきが嬉しい][毎日必ず1つは何かチャレンジしてほしい]というような期待をしており、このためには、[人と接するということを理解してほしい][看護師としての姿勢・意欲を養ってほしい]と求めている。さらに、[実習後の学生の状況もフィードバックがほしい]というような希望があり、指導者は実習後の学生が在宅看護学実習での学びを活かしてどのように成長しているかを知りたいとしていた。

5) 《効果的な実習をするための工夫》

指導者は1週間実習について、[デイケアやグループホームなど、見てもらいたいところの見学を入れる][対象者が限られてくるなかでもたくさんの人を見てほしい]というように、**〈スケジュールの調整〉**を行っていた。

2週間実習では、[受け持ち対象者が選びやすい曜日である]ことが評価されており、時間的余裕から[2週間あるとスケジュールが組みやすい]というように、**〈スケジュールの調整〉**が行われていた。

また、2週間実習の場合、1週目の金曜日に行われる中間カンファレンスの効果を感じており、“中間カンファレンスで整理し、2週目につなげる”ことができるとしている。さらに、“指導で悩んでも、中間カンファレンスで擦り合わせができ、指導がやりやすくなる”というように、指導者自身の悩みを解決する場としても[学内演習や中間カンファレンスの役割が大きい]ことがあげられた。学内演習に対しても、“帰校日の影響が大きい”と感じており、**〈学内演習とカンファレンスの活用〉**を踏まえた指導が意識されていた。

実習期間に関係なく共通することとして、[病院の看護を学んでからのほうが教えやすい]というように、在宅看護学実習以外との**〈スケジュールの調整〉**についての意見があった。また、“事前にアレルギーの有無の情報が必要”“精神的にすごい緊張する子とか、高齢者としやべるのがすごく苦手とか、そういう子もいると思うので、ちょっと声かけといてもらったらその部分は配慮しながら間で看護師が入る”というように学生に対して個別対応するために、[事前に学生の情報があると実習がスムーズ]というように、**〈事前準備の必要性〉**を求めている。

VI. 考 察

A 大学で2週間の在宅看護学実習に改定される前に、1週間の実習が行われていたことに着目し、この変化の時期に関わった訪問看護ステーションの指導者にインタ

ビューを行った。この結果、《学習方法への支援》《看護の実践に向けた指導》《関係構築》《指導に関する取り組み》《実習運営への支援》の5つのカテゴリーが生成された。これをもとに、指導者が捉える実習の期間が学びに与える影響と、実習を効果的に運営するための要素について考察する。

1. 実習期間と学びの比較

《学習方法への支援》として〔学習時間の影響〕があげられた。期間の違いにより学内日や土日の学習時間というような、学習時間に差が出るのが評価の差となった。これには〈経験する機会を増やす〉ことも関係しており、機会が増えることが学びにも影響するとしていた。〈記録・発言への思い〉では、2週間実習では〔言えば言っただけ記録に反映されてくる〕というように、日にちがあることで記録の質が高まるとしているが、一方で期間に関係なく〔発言はできなくても、記録が書ければいい〕〔記録ができなくても、発言できればいい〕というように、記録や発言どちらかで学生が学びを伝えていくことを、指導者は評価している。しかし、1週間実習であげられた、〔学生の記録に受け取り方の誤解がみられる〕というように、指導者の説明した意図と違うような内容の場合、説明する時間や振り返りの時間が限られていると限界を感じている。

看護教育に限らず、人を対象とする専門職では、マニュアルではないその場や対象の状況に応じてケアを行っており、学生が体験することの意義が大きいとしている。このため、参加したり、触れ合うという意図的に学生の学びを促進するような関わりが必要である(今川・北山・荒木, 2016)。《看護の実践に向けた指導》として、指導者は1週間実習では〈見学から理解を促す指導〉を中心として、看護の実践力を養うようにしていた。このため《指導に関する取り組み》において、さまざまな〈指導方法の工夫〉が行われていた。また、〔口頭での説明をし、イメージをしてもらおう〕というように、対象者の状況を説明にて補足し、訪問したときには得られなかった情報も加えて、この先の療養生活がどのようなと思われるかなど、その場の状況に応じて在宅看護を知ることができるような関わりを行っていた。このように、〈理解を深めるための知識の教授〉を行うことが、実践体験の機会となるといえる。

2週間実習では〈対象者の個性が理解できることへの評価〉や、それに合わせた看護が理解できたうえで、実施ができるように〈実践からの学びを得るための指導〉が行われていた。これらは1週間では達成しにくいとされているが、《指導に関する取り組み》のなかで、1週間という実践を体験する段階を経て、2週目で実践の理解を深めていくものと捉えられている。このように、2週間実習では、1週間実習で行っている概要的な理解や

訪問時の状況を正確に捉える力を養ってから、次に個性を捉えた看護の視点を養うような流れを構築できることが、学生の実践的な学びにつながっている。

さらに、指導者は学生との《関係構築》が、実習指導のためには欠かせないものとしており、学生への指導も個性に合ったものにする必要性があげられていた。岩井ら(2006)は、臨地実習における患者-看護学生の関係構築について「最初に距離があるほど次に深い関係になるということである。したがって、逆に臨地実習の最初の段階から患者との近い関係を構築しようと焦ったりすると、次の深い関係づくりがうまくいかない恐れがある」と述べている。このことは、実習で初めて出会う、指導者と学生にもいえることであり、〔関係構築に1週間必要〕とあげられたように、段階を経て〈指導者と学生の関係づくり〉ができることで、学生も質問や発言がしやすくなる。これにより学ぶ機会が増え、学生の実習姿勢も主体的になっていく。そして、指導者はこのように関係を深めることが、学生の学びに良い変化を与えることを期待して、記録だけでなく日々の発言からも学生の学びを評価できるようになる。

1週間実習の場合、《関係構築》に関するコードは抽出されなかった。これは、見学が主体となる1週間実習では、学生は受け身になりがちであるためといえる。このことから1週間の場合、指導者は記録内容から学びを重視する傾向にあり、2週間になると記録だけではなく、発言も含めて学びを評価するようになると考える。

2. 実習を効果的に運営するための要素

看護ケアの実施の機会を得るためには、受け持ち事例への訪問回数の確保が必要である。このためには、《効果的な実習をするための工夫》において、〔受け持ち対象者が選びやすい曜日である〕というように、臨地実習の曜日も重要であることがわかった。1週間のうち、何度も訪問看護を利用する療養者は、1週間の利用回数が2回なら、おおむね月・木もしくは火・金のように2、3日間隔で訪問看護のスケジュールが組まれる。在宅看護学実習で、学内日を水曜日とすることにより、月・木もしくは火・金の訪問看護を利用している療養者や、月・水・金の訪問看護を利用している療養者に同行訪問をすることができ、学生は2週間で4回の同行訪問ができることになる。このように、臨地実習の曜日によって受け持ち事例の選定がしやすくなる。佐和田ら(2015)は、実習指導者の業務の影響を最小限にするように学生の受け入れ人数や日程など、改善を要する細やかな事前調整が必要と示している。訪問の機会を増やすためには、訪問看護のスケジュールを理解して、実習の曜日を調整することが必要である。

また、実習の成果に影響することとして、松尾・高田(2013)は、実習指導者と密接に連絡を取り、事前学習

の状況や学生の思いや考え、学内でのシミュレーションの到達状況などを伝え、学びを引き出す工夫をともに、積極的に行っていく必要があると述べている。また、牛久保ら（2015）は、教員が各療養者宅での指導を担えない分、実習に入る前に学生のレディネスを高めることや、学生の置かれている状況を伝えるなどして、看護師が学生に関わりやすくなるための情報共有や、実習中に学生自身が看護師に自分の考えや状況を伝えられるよう促し、見守るなど、学生の個別性に合わせた指導を行うことが教員の役割というように指摘している。これらのことから、実習前から継続したマネジメントを行うような、〈指導者と教員の相補的な関係〉が指導の効果を高めるといえる。〈事前準備の必要性〉として、〔事前に学生の情報があると実習がスムーズ〕と示されたように、教員と事前に学生の情報を共有し、スケジュールを検討していくことや、学生のレディネスに合わせた実習中の指導方針も相談しておくことが必要である。とくに動物アレルギーなど、訪問に影響がある情報については、早めに指導者に伝え、訪問先の選定に配慮してもらう必要がある。

指導者が実習の成果を高めるために、〔学内演習や中間カンファレンスの役割〕は大きい。指導者は、実習の段階に合わせた学内演習や中間カンファレンスが学生の学びに影響すると捉えており、学内日や中間カンファレンス後の変化を期待している。また、中間カンファレンスでは、学生の学びをまとめるだけでなく、指導者が学生指導で迷いや悩みが生じた際に、解決する場としても活用されていることがわかった。東海林ら（2016）は、訪問看護師は、実習目的をより把握したうえで指導に関わっている者が実習指導の教授者として調整を図る立場になる頻度が多いことや、実習目的をより把握したうえで指導に関わっていること、教育機関や教員に直接的に関わる頻度により自己効力感が高くなると指摘している。実習を効果的にするためには、指導者がもつ自信や能力を活かしていけるような支援が教員に求められている。

3. 今後の課題

指導者は〔実習後の学生の状況もフィードバックがほしい〕というように、実習後の学生の成長を知ること、実習で学んだことがどのように活かされたかを知りたいとしている。学生のその後の情報を共有することは、指導者の振り返りにつながるといえ、フィードバックの効果的な方法を検討する必要がある。また、指導者は〔看護師自身も看護のフィードバックになる〕〔間接的に他の看護師の看護を知ることができる〕というように、〈実習に対する期待〉があり、実習が訪問看護師の質の向上にも活用できるようにすることが、指導者のもつ自信や能力を活かしていく支援につながる。

また、改善が必要なこととして、〔在宅での感想がみんな一緒に教科書的〕とあげられていたことから、学生の学びの伝え方について検討していく必要がある。さらに、指導者が学生指導で迷いや悩みが生じた際に、中間カンファレンスを活用するなど、いろいろな場面で、教員と学生指導の方針を確認できるような体制づくりが今後の課題である。

Ⅶ. 結 語

1週間と2週間の在宅看護学実習の指導経験がある指導者にインタビューを行った結果、2週間実習では、看護の実践の評価がより高い傾向があった。これは、受け持ちへの看護の実施ができることの評価が高いためである。しかし、1週間実習で求められている、正しく観察する力も看護の実践の1つであり、これらは段階を経て修得するものとして指導する必要がある。指導者は、このためにさまざまな工夫を行っており、指導者を支援するために教員には、実習前から学生の情報提供と指導の方針の確認、効果的な学内演習と中間カンファレンスの実施、指導者と学生の関係構築のための支援など、さまざまなマネジメントを行う役割が求められている。

謝 辞

今回の研究にご協力いただきました、訪問看護ステーションと実習指導者の皆さまに感謝いたします。なお、本研究は平成27年度千里金蘭大学奨励研究費を受けて行った。

文 献

- 1) 今川孝枝, 北山由起子, 荒木晴美 (2016). 在宅看護学実習施設における指導の方向性の検討—実習指導者・多職種者の困っている内容から—. 共創福祉, 11 (2), 5-14.
- 2) 岩井浩一, 落合幸子, 本田陽子, 金子昌子, 黒木純子, 鈴木純恵, 紙野雪香, 大橋ゆかり (2006). 臨地実習における患者—看護学生関係の構築に関する研究. 茨城医療大紀, 11, 123-135.
- 3) 菊地ひろみ, 照井レナ, スーディ神崎和代 (2011). 在宅分野の看護技術に関する学生の実習経験状況と臨地指導の諸要因, SCU J Des Nurs 5 (1), 53-60.
- 4) 松尾泉, 高田まり子 (2013). 在宅看護実習における, 看護学生の実習経験・評価に関する分析—実習記録

- からみた，訪問看護ステーションの学習効果一．弘前学院大看紀，8，25-33.
- 5) 佐和田重信，稲垣絹代，永田美和子，八木澤良子 (2015)．在宅ケア実習施設におけるケアスタッフの看護実習に関する認識．名桜大学紀要，(20)，81-86.
 - 6) 鈴木育子，石津仁奈子，佐藤正子 (2015)．統合分野における在宅看護論教授方法と実習指導の課題と方向性—過去6年間の在宅看護論に関する文献検討一．看護学研究紀要，3 (1)，27-34.
 - 7) 東海林美幸，森鍵祐子，大竹まり子，細谷たき子，小林淳子 (2016)．訪問看護師の在宅看護実習における自己効力感と関連要因．北日看会誌，18 (2)，17-29.
 - 8) 牛久保美津子，横山詞果，川尻洋美，山田淳子，桐生育恵，佐藤由美 (2012)．群馬大学の在宅看護学実習における学生の体験内容と実習指導課題．群馬保健紀，33，9-18.
 - 9) 牛久保美津子，飯田苗恵，小笠原映子，田村直子，斎藤利恵子，棚橋さつき (2015)．訪問看護ステーションにおける訪問看護自習受け入れに関する状況．The Kitakanto Med J，65 (1)，45-52.

人間看護学研究投稿規定

(平成29年11月29日改正)

1. 趣旨

この規定は、人間看護学研究の発行に必要な事項を定める。

2. 発行

原則として毎年度1回発行する。

3. 投稿者の資格

原則として、滋賀県立大学人間看護学部の教員等が、第一著者あるいは共著者であること。ただし、人間看護学研究編集委員会（以下「編集委員会」という）から依頼された原稿に関してはこの限りではない。また、滋賀県下の関係者については、編集委員会の判断により投稿を認める場合がある。

4. 原稿の種類

(1) 原稿の種類は、下記の通りとする。

原著論文：独創的で、新しい知見や理論が論理的に示されており、論文としての形式が整っているもの。

総説：ある主題に関連した研究・調査論文の総括および解説

研究ノート：内容的に原著論文の域に達していないが、研究結果の意義が大きく、発表の価値があるもの。

活動と資料：看護活動に関する実践報告、調査報告、有用な資料など。

フォーラム：人間看護に関わる海外事情、関連学術集会の報告、および掲載論文に対する意見など。

書評と紹介：内外の人間看護学研究に関係する図書、論文および研究動向について批評、紹介をおこなうもの。

学部広報：人間看護学部の動向や記録事項など。

(2) 原稿の種類は著者が行うが、編集委員会が種別変更を求める場合がある。

5. 原稿の制限事項

(1) 投稿原稿は、国内外を問わず未発表のものに限り、重複投稿は禁止する。

(2) 原稿は刷り上がり（原稿1頁は2400字）で、写真・図表を含めて下記の制限枚数内とする。

原著・総説・研究ノート：12頁以内

活動と資料：6頁以内

他の原稿は2頁以内とするが、学部広報は制限を設けない。

6. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的な配慮がさ

れており、必要に応じて倫理審査委員会等の承認を得ていること。また、原稿中にもその旨が明記されていること。

7. 投稿手続

(1) 原稿2部（表紙・要旨・本文・図表：ただし著者名・所属名入りを1部と、著者名・所属名削除を1部）を編集委員会宛にメール添付で提出する。

(2) 最終修正原稿を提出するときには、本文をワード形式で、図表をパワーポイントかエクセル形式で提出する。

(3) 投稿先メールアドレス

kangokenkyu@nurse.usp.ac.jp

8. 原稿の受付

上記7の投稿手続を経た原稿が、編集委員会に到着した日を受付日とする。なお、受付した原稿等はオリジナルを除いて理由の如何を問わず返却をしない。

9. 原稿の採否

(1) 原稿の採否は査読を経て編集委員会が決定する。

(2) 査読結果により原稿の修正を求められることがあるが、修正を求められた原稿著者は、編集委員会の指定した期日までに内容修正を行い再投稿すること。指定された期日以降に再投稿された場合は、原則として新規受付の取り扱いをする。

10. 著者校正

査読を経て、編集委員会に受理された最終原稿については、著者校正を1回行う。但し、校正時の加筆は原則として認めない。

11. 執筆要領

原稿の執筆要領は別に定める。

12. 著作権

原稿内容についての第一義的責任と権利は著者に帰属するが、原稿の編集・出版および電子情報化など2次的使用に関する権利は、編集委員会が著者から委託されたものとする。

なお、著者が電子情報化を希望しない場合は、投稿時に編集委員会に文書で申し出ることとする。

13. 掲載料・別刷

掲載料は無料とする。但し、特殊な図表等で特別な経費を要した場合には著者負担とする場合がある。別刷は希望者のみとし、費用は著者負担とする。

原稿執筆要領

(平成29年11月29日改正)

1. 原稿構成

- (1) 原稿は、表題頁、要旨、本文、文献、英文抄録、図・表の順とする。和文要旨、英文抄録の各末尾にそれぞれ6個以内のキーワード Key words をつける。
- (2) 表題頁には、表題、著者名、所属機関名を記し、その下に間隔をあけて連絡先（氏名、所属、住所、電話、Fax、E-mail アドレス）、原稿の枚数および図・表の数、希望する原稿の種類を明記する。和文の原稿にあっては、表題・著者名・所属名の英文訳を付すこと。
- (3) 原著論文の要旨は、研究の「背景」「目的」「方法」「結果」「結論」にわけて、見出しをつけて記載すること（1000字以内）。その他の原稿の要旨には見出しをつけない（500字以内）。
- (4) 本文は、I. 背景、II. 目的、III. 用語の定義（必要時）、IV. 方法、V. 結果、VI. 考察、VII. 結論、の順に記載する。「総説」「活動と資料」の場合はこれに準じなくても良い。
- (5) 見出しについて
論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。
 - ①見出しは「MS ゴシック」体 11 ポイントを用い、外国語・数字には「Times New Roman」を用いる。
 - ②見出しの階層は第1階層から第7階層までとする。
 - ③第1階層は論文タイトル（題目）で、見出しに数字やアルファベットを付けない。論文タイトルは印刷時には中央揃えになる。
 - ④本文の見出しは、以下に示す第2階層から第7階層までの6つの階層から構成する。見出しに付ける数字・記号、およびピリオドは全角を使用する。
 - 第2階層：I. II. III. 中央揃え
 - 第3階層：A. B. C 左端揃え
 - 第4階層：1. 2. 3. 左端揃え
 - 第5階層：a. b. c. 見出しのみ、本文左端より1字下げる
 - 第6階層：1) 2) 3) 上位の見出しより1字下げる
 - 第7階層：a) b) c) 上位の見出しより1字下げる
 - ⑤論文中で使用する見出しの階層が3階層までの場合は数字記号、すなわち第2階層と第4階層と第6階層を使用する。
 - ⑥4階層以上になる場合は上位から順に使用する。
 - ⑦ある階層に下位階層をつくる場合、下位階層の項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には、下位階層の項目とはしない。

(6) 文献の記載は、2. (8) に従う。

(7) 原著論文には英文抄録（500語以内）をつけること。その他の原稿の場合は、英文抄録を省略することができる。英文原稿の場合は、英文抄録と同様の要領で和文抄録をつけること。

2. 執筆要領

- (1) 原稿はパソコンで作成する。
- (2) 原稿はA4版縦、横書きで、1頁1400字（40字×35行）になるように作成し、表題頁より頁下中央にMS明朝のアラビア数字（1,2,3…）で頁番号を表示する。フォントはMS明朝（英数字は半角、Times New Roman）、11ポイント、読点は「,」（全角カンマ）、句点は「.」（全角ピリオド）とする。
- (3) 原稿は、原則として、新仮名づかい、常用漢字を使用する。
- (4) 外国語はカタカナで、外国人や日本語訳が定着していない学術用語などは活字字体の原綴で記載する。
- (5) 数字は算用数字を用い、単位符号は原則としてSI単位（kg, mg, mm, ml, kcal, °Cなど）を用いる。
- (6) 国際的な共通語を使用し、一般的に認められている略語以外は説明なしでは使用しないようにする。特定分野でのみ用いられる略号、符号などに関しては、初出時に簡単な説明を加える。
- (7) 図・表は、それぞれ図1、表1などの通し番号をつけ、本文とは別にまとめる。
- (8) 文献の記載方法はAPAスタイルに準拠する。
 - ・本文中の文献引用
 - ①引用箇所には、著者姓と発行年を括弧書きする。
例：(滋賀, 2000)
著者名が本文中にある場合は、発行年のみ括弧書きする。
例：滋賀 (2000) は…
 - ②著者が2人の場合は「,」（英文では“&”）を入れる。
例：(滋賀, 田中, 2000)
 - ③著者が3～5名の場合は全員の名を挙げ、再引用では「筆頭著者ら」とする。なお、著者名は「,」で結ぶ。
 - ④6人以上は筆頭著者名に「ら」（英文では“et al.”）をつける。
例：滋賀ら (2000)
 - ⑤異なる著者の文献を同一箇所引用する場合は、セミコロン「;」で区切って、筆頭著者のアルファベット順に並べる。
例：(江藤, 2012; 前田, 2011)

- ・本文中の直接引用
「 」で引用し、著者姓、発行年、頁数を明記する。
- ・文献リストの記載
著者姓のアルファベット順に列記する。全員の著者名を表記する。雑誌略名は医学中央雑誌, Index Medicus, International Nursing Index に従う。

【雑誌掲載論文】

著者名 (発行年). 表題. 雑誌名, 巻 (号), 開始頁 - 終了頁.

滋賀一郎, 琵琶花子, 八坂次郎, 近江三郎 (2011).
看護の方法. 看護雑誌, 30 (1), 311-315.

Onishi, A. (1995). Perceptual comparisons through the
mind's eye. *Memory and Cognition*, 10, 622-684.

Wegener, D. T. & Petty, R. E. (1994). Mood management
across affective states: The hedonic contingency
hypothesis. *Journal of Personality & Social Psychology*,
66, 1034-1048.

A., B., C. & D. (1994) (3名以上の場合)

【単行本】

著者名 (発行年). 書名 (版), pp. 引用開始頁 - 終了頁,
発行地: 出版社.

滋賀一郎 (1995). 看護の源流 (第3版), pp. 333-
354, 大津: ナーシング出版.

著者名 (発行年). 表題. 編者名, 書名 (版), pp. 引
用開始頁 - 終了頁, 発行地: 出版社.

滋賀一郎 (1995). 看護研究の方法. (明智太郎 他, 編).
人間看護研究, pp. 333-354, 大津: ナーシング出版.

Strunk, W. Jr. & White, E. B. (1979). *The elements of
style* (3rd ed.). New York: MacMillan.

【訳書】

原著者名 (原著発行年) / 訳者名 (訳書発行年). 訳書
名 (版), pp. 開始頁 - 終了頁, 発行地: 出版社.

Biwa, A.B. & Johnson, P. (1993) / 滋賀一郎 (1995).
看護研究 (第3版), pp. 333-354, 大津: ナーシ
ング出版.

【電子ジャーナル】

著者名 (発行年). 表題. 雑誌名, 巻 (号), 開始頁 -
終了頁, doi: xx, xxxxxx

例: 麻原きよみ, 三森寧子, 八尋道子, 小西恵美
子, 百瀬由美子, 小野美喜, 安藤広子 (2016).
看護研究の倫理審査に関する考察: アメリカ
合衆国の事例を踏まえて. *日本看護科学会誌*,
36, 80-84, doi:10.5630/jans.36.80