

人間看護学研究

Journal of Human Nursing Studies

22
2024
March



目次

Contents

原著論文

死産児と母子接触を行う母親へのケアにおける助産師の経験
清水 美思, 古川 洋子, 板谷 裕美, 糸島 陽子…………… 1

研究ノート

看護師がとらえる重症心身障害児の体調変化への気づきの視点
古株ひろみ, 泊 祐子, 竹村 淳子, 流郷 千幸,
川端 智子, 玉川あゆみ…………… 13

特別支援学校において養護教諭が行う知的障がいのある高校
生への保健教育の経験
鈴木 愛, 伊丹 君和, 米田 照美…………… 21

退院支援をサブスペシャリティとする精神科認定看護師が
長期入院の患者に対する退院支援に積極的になった体験
川田 陽子, 牧野 耕次, 武用 百子…………… 33

活動と資料

臨地実習において学生を訪問看護サービスに同行させること
に対する訪問看護師の認識
河野和歌子, 國丸 周平, 新井香奈子…………… 41

医療的ケアが必要な重症心身障害児者の親による子どもの
在宅生活のマネジメントに関する文献検討
藤井 愛, 新井香奈子…………… 49

訪問看護事業所での臨地実習に対して訪問看護師が抱く思い
に関する文献検討
國丸 周平, 新井香奈子…………… 59

高齢がん終末期療養者の在宅療養に関連した家族の心理に
関する文献検討
森 望美, 糸島 陽子, 岡本 紀子…………… 67

看護師が行う心不全患者とその家族への意思決定支援に関す
る文献検討
大野 彩加, 糸島 陽子, 小野あゆみ, 荒川千登世…………… 77

フォーラム

多分野の専門看護師のオンラインミーティングによる役割開
発のピア・サポート会
片山 将宏, 小野 美雪, 大沼 順一, 河村 奈緒
國友 香奈, 栗林 佑季, 伊賀 規子, 立松 あき…………… 85

タイ王国のナレーズワン大学看護学部訪問記
千葉 陽子, 牧野 耕次…………… 89

海外渡航制限中の「看護英語実践」代替授業の工夫：学内で
の国際看護実習科目の実践
牧野 耕次, 生田 宴里, 松井 宏樹, 千葉 陽子…………… 93

人間看護学研究投稿規定…………… 97

原稿執筆要領…………… 98

Original Article

Experiences of midwives caring for mothers who perform
skin-to-skin contact with stillborn babies
Misato Shimizu, Yoko Furukawa, Yumi Itaya, Yoko Itozhima… 1

Notes

Nurse’s perspective on awareness of changes in the
physical conditions of children with severe motor and
intellectual disabilities
Hiromi Kokabu, Yuko Tomari, Junko Takemura,
Chiyuki Ryugo, Tomoko Kawabata, Ayumi Tamagawa …… 13

Experience in health education for high school students
with intellectual disabilities conducted by a yogo teacher at
a special needs school
Ai Suzuki, Kimiwa Itami, Terumi Yoneda …… 21

Experiences of psychiatric certified nurses who specialize
in discharge support and actively support discharge from
the hospital for long-term hospitalization
Yoko Kawata, Koji Makino, Momoko Buyo …… 33

Reports and Materials

Home care nurses’ perceptions of accompanying students
to services during nursing practice
Wakako Kawano, Shuhei Kunimaru, Kanako Arai…………… 41

Parental management of home life of children with severe
motor and intellectual disabilities requiring medical care :
a literature review
Ai Fujii, Kanako Arai …… 49

Visiting nurses’ perceptions of homecare nursing practice :
a literature review
Kunimaru Shuhei, Arai Kanako …… 59

A literature review on the psychology of families related to
home care for elderly cancer patients in terminal stage
Nozomi Mori, Yoko Itojima, Noriko Okamoto …… 67

Literature review on decision making support for heart
failure patients and families by nurses
Ayaka Ono, Yoko Itojima, Ayumi Ono, Chitose Arakawa …… 77

Forum

Peer support meetings for role development through online
meetings of multi-area Certified Nurse Specialist
Masahiro Katayama, Miyuki Ono, Junichi Onuma,
Nao Kawamura, Kana Kunitomo, Yuki Kuribayashi,
Noriko Iga, Aki Tatematsu …… 85

Visit to the Faculty of Nursing, Naresuan University,
Thailand
Yoko Chiba, Koji Makino …… 89

Ingenuity of the alternative class on “Nursing English
Practice” during the restricted period of overseas travel
from Japan : implementation of international nursing
practicum on campus in Japan
Koji Makino, Eri Ikuta, Hiroki Matsui, Yoko Chiba …… 93

原 著

死産児と母子接触を行う母親へのケアにおける
助産師の経験清水 美思¹⁾, 古川 洋子²⁾, 板谷 裕美²⁾, 糸島 陽子²⁾¹⁾ 滋賀県立大学人間看護学研究科助産師育成コース²⁾ 滋賀県立大学人間看護学研究院

背景 生存児への母子接触は積極的に議論され、ケアの効果が立証されている反面、死産を経験した母親へのケアは、死産児への母子接触はほとんど議論されていない状況にあり、実施することへのタブー視さえ見受けられる。そのため、出産早期に死産児と母親との母子接触を行うことに関する助産師の経験については十分に明らかにされているとはいえない。

目的 死産児と母子接触を行う母親へのケアにおける助産師の経験を明らかにすることである。

方法 質的記述的研究デザインとし、研究対象は、死産児への母子接触を3例以上経験したことのある、臨床経験年数5年以上の助産師とした。インタビューガイドを用いた半構面面接法にて行った。研究に関する審査委員会の承認を得た。

結果 9名の語りから、死産児と母子接触を行う母親へのケアにおける助産師の経験について、46のコードが抽出され、15サブカテゴリ、6カテゴリを抽出した。死産に直面することは母親やその家族だけでなく、助産師自身にとっても辛い経験となっており、助産師は、死産に直面すると、【母子接触を行うことで児を生きて助けられなかったことに対して自らを責め、苦悩を抱く】経験をしていた。その後、【児と向き合うことを通して親子の絆を深める】ことや、【止められない時間の中で急がれる母子接触ケアへのジレンマ】を感じていた。そして、【母と児の絆を残すための寄り添い】ながら、【助産師の使命として直面する死産後のケアに対する覚悟】を持ち、【これまで積み重ねてきた死産ケアの経験を築き上げる】ことで、新たなケアにつないでいた。

結論 死産に直面することは母親やその家族だけではなく、助産師自身にとっても辛い経験となっており、自ら自責の念を抱いていた。死産児と母親の絆を培うケアを行う時間に限りがあり、その中でできるケアを提供していく必要がある。母親の気持ちと現状との板挟みとなりジレンマを抱えつつも、死産を経験した母親であろうと助産内容を変えることなく、生児と変わらないケアを提供していることが明らかとなった。『死産の悲嘆を抱える母親と児の関係性を紡ぐ支援』と『助産師の使命としての死産を経験した母親への支援』について、継続的な支援の必要があることが示唆された。

キーワード 死産児、母子接触、助産師の経験

I. 背景

わが国の周産期臨床における早期母子接触は、1995年に小児科医堀内勤により新生児集中治療室(Neonatal Intensive Care Unit; 以下、NICUとする)のFamily Centered Care(以下FCCとする)として紹介され、全国のNICUに広がった(堀内, 1995)。その後、次第に正期産の新生児を対象として行われるようになった。早期母子接触は、出生直後のケアとして取り入れられてきた。誕生後の児に対する早期母子接触は、母乳育児の確立に有効であること(Moore, Anderson, Bergman, 2007)や母と児の絆の形成にも大きく関与している(Klaus, Kennell, 1985)ことなど多くの研究がなされて

Experiences of midwives caring for mothers who perform skin-to-skin contact with stillborn babies

Misato Shimizu¹⁾, Yoko Furukawa²⁾, Yumi Itaya²⁾, Yoko Itozhima²⁾

¹⁾ Japanese Red Cross Wakayama Medical Center, Midwifery Training Course, Graduate School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

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

2023年9月30日受付, 2024年1月22日受理

連絡先: 古川 洋子

滋賀県立大学人間看護学研究院

住 所: 彦根市八坂町2500

電 話: 0749-28-8666

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

きた。これらは、全て元気に誕生した児、あるいは誕生後、状態の落ち着いた児に対して、母親との間で行われているケアである。

一方、死産や新生児死亡、流産や人工妊娠中絶を経験した女性の体験に注目した研究は、わが国では1990年代後半より報告されるようになったが、日本には死産による児の死をなかつたことにしてきた文化があり、亡くなった児を母親に会わせない、児の話題になるべく触れないというような周囲の関りが一般的であったことが報告されている(大蔵, 金田, 2012)。また、周産期の児の死は忌み嫌われ、口にしてはならないことだったかもしれない、現代においても児の死はタブー視されているといってもいいとさえいわれている(山中, 2009)。

生存児への母子接触は積極的に議論され、ケアの効果が立証されている反面、出産早期に死産児と母親との母子接触を行うことに関する助産師の経験については十分に明らかにされているとはいえない。死産を経験した母親へのケアについて、そのプロセスを明確にする看護は研究がすすんでいる(斎藤, 平井, 2011)が、死産児への母子接触はほとんど議論されていない状況にあり、実施することへのタブー視さえ見受けられる。

そこで本研究では、助産師にとって死産児とその母親に対して行う母子接触がどのような経験であるかを明らかにすることを目的とした。今回の研究により死産児と母子接触を行う母親へのケアにおける助産師の経験を明らかにすることで、死産児とその母親に対するケアを含めた、助産ケア実践の質向上への一助となると考える。

II. 目的

本研究の目的は死産児と母子接触を行う母親へのケアにおける助産師の経験を明らかにすることである。

III. 用語の定義

死産児への母子接触：妊娠22週以降に胎内死亡と診断された児と母親に対して、分娩後から入院期間中に母子が接触を行うこと。接触とは母子間の皮膚接触をいい、衣服を介した抱っこや母子に関するケアにおいて、児への一部分の皮膚のタッチを含む。

経験：死産児への母子接触を行うことを通して考えたこと、感じたこと、そのことについて現在抱いている考えや思い、行いも含む。

IV. 方法

A. 研究デザイン

先行研究が少ないため、ケア実践における経験の現状を理解する必要がある。そこで助産師が語った経験や考えのありのままを記述し、分析するため、質的記述的研究デザインを用いた。

B. 研究対象

日本助産評価機構が定める、「自律して助産ケアを提供できる助産師」として公表される、助産実践能力習熟段階レベルⅢ認証申請条件の一つが、満5年以上の実践経験を有する日本国助産師資格保持者であることから、本研究でも臨床経験年数5年以上の助産師を対象とした。さらに、死産児への母子接触を3例以上経験したことのある助産師とした。研究対象者のリクルートは、死産児との母子接触のケアを実際に行っている助産師を、研究者の知人を介して紹介してもらう、スノーボールサンプリングを用いた。

C. データ収集方法

インタビューガイドを用いた半構面面接法にて行った。インタビューの実施場所は研究協力者の希望を優先し、プライバシーが確保され、声が漏れない場所で行った。また、インタビュー内容はICレコーダーを用いて録音した。

D. インタビューガイド

助産師の臨床経験年数や年齢を含む属性、これまでの死産ケアの経験数や勤務帯における死産ケアに当たれる助産師の数を、協力者の分かる範囲で尋ねた。インタビューガイドに沿って「経験された死産児への母子接触の中で、最も印象に残っている事例について」を問い、助産師の思いや考えを自由に語ってもらった。また、語りの中で「具体的なケア内容」「悩んだり迷ったりしたこと」「もっとこうの方が良かったと思うこと」を尋ねた。

E. データ収集期間

令和3年6月8日～令和3年12月31日

F. 分析方法

インタビューにて録音された音声データから文字データを作成し、逐語録を作成した。「死産児と母子接触を行う母親へのケアにおいてどのような経験をしてきたのか」という分析視点を持って逐語録から類似するものを抽出し、コード化を行った。類似したコードを分類してカテゴリー、サブカテゴリーを作成した。再度逐語録に戻ることを繰り返し、「助産師の経験」としてのカテゴリーを作成した。分析結果の真実性を確保するため、分析プロセスの中で研究者が抽出した意味内容やサブカテゴリー・カテゴリーについて、分析過程においては、質的研究方法を実践している看護学や助産学の専門家から

スーパーバイズを受けた。

G. 倫理的配慮

本研究は、滋賀県立大学「人を対象とした研究倫理審査委員会」(承認番号第 818 号)にて承認を得た後に行った。また、研究協力者となる助産師に口頭と文書で研究趣旨を説明し、研究協力への同意を得た。研究趣旨の説明時には、研究協力への撤回の自由や、研究によって知り得た個人情報の取り扱いについて説明した。

V. 結果

A. 研究協力者の背景 (表 1)

研究参加の同意が得られた 9 名の助産師をリクルートし、研究協力者とした。9 名の助産師経験年数は 12～39 年であり、平均 28 年であった。これまで経験したことのある死産ケア数は 3～約 50 件であり、平均約 19 件であった。

協力者が死産後のケアを行った場所は全員が病院であった。インタビュー時間は 26～79 分であり、平均 46 分 44 秒であった。

表 1 研究協力者の背景

助産師	助産師歴	これまでに経験した死産ケア数
A	30 年	約 50 件
B	12 年	約 5 件
C	39 年	約 10 件
D	20 年	約 30 件
E	38 年	約 30 件
F	13 年	約 5 件
G	34 年	3 件
H	35 年	約 20 件
I	37 年	約 20 件

B. 分析結果 (表 2)

9 名の語りから、死産児と母子接触を行う母親へのケアにおける助産師の経験について、46 のコードが抽出され、15 サブカテゴリ、6 カテゴリを抽出した。

6 カテゴリは、【母子接触を行うことで児を生きて助けられなかったことに対して自らを責め、苦悩を抱く】【児と向き合うことを通して親子の絆を深める】【止められない時間の中で急がれる母子接触ケアへのジレンマ】【母と児の絆を残すための寄り添い】【助産師の使命として直面する死産ケアへの覚悟】【これまで積み重ねてきた死産ケアの経験を築き上げる】であった。なお、9 人目のインタビューを終えた時点で新たなコードの抽出は見られなかったことを確認した。

以下、カテゴリを中心に結果を述べる。カテゴリ

を【】、サブカテゴリを〈〉、コードを「」で示し、研究協力者の語りを“”と斜字で示す。また、研究協力者をアルファベット (A～I 氏) で表記する。

1. 【母子接触を行うことで児を生きて助けられなかったことに対して自らを責め、苦悩を抱く】

このカテゴリは、3 つのサブカテゴリ〈突然起こる死産に直面し助産師自身も心を痛める〉〈児を生きて助けることが出来なかったことに対し、自らを責める〉〈行ったケアへの不全感と後悔が残る〉で構成された。

a. 〈突然起こる死産に直面し助産師自身も心を痛める〉

“死産に関わるって、自分らも辛いんよ。しんどいんよ”(A 氏)“(前略)お母さんの気持ちを考えると辛かったし、お母さんが自分を責めはるんと違うかなっていう思いはずっとありました。”(F 氏)という語りから、「死産と関わるのが辛い」「母親の気持ちを考えると辛い」というコードが抽出されるように、死産に直面することは母親やその家族だけではなく、母子接触の中で助産師自身が自分の気持ちを昇華させることが困難という、助産師自身にとっても辛い経験となっていた。

また、「母親が泣く姿を見て泣けてくる」「死産された夫婦が自分たちを責めている話を聞き、気持ちが沈み込む」とコードが抽出されるように、助産師自身も共に悲しみを感じ、心を痛めていた。

b. 〈児を生きて助けることが出来なかったことに対し、自らを責める〉

F 氏が“せつかく 39 週までおつきくなってくれはって、(中略)ここまで来るのにすごく頑張らはった、(中略)なんか、もしかして、もう少し早く誘発で出してあげたりしたら違ったんかなとか、お母さんの気持ちを考えると辛かったし、お母さんが自分を責めはるんと違うかなっていう思いはずっとありました”と語るように、助産師は死産に直面すると、「もう少し早く誘発で出してあげたりしたら違ったのではないかと思う」経験をしており、児を助けられなかったことに対し、自責の念を抱いていた。もっと早くにケアを施すことで、このような結果にならなかったのではないかという、自らの助産ケアを振り返り、自らを責める経験を語っていた。

c. 〈行ったケアへの不全感と後悔が残る〉

助産師は経験したことを振り返り、母子接触を見守る中で「何もできなかったということが、すごく心残り。何かもつとできたことがあるのではないかというという思いがずっとある」とコードが抽出されるように、行ったケアに対し、最善のケアが他にあったのではないかと感じていた。

2. 【児と向き合うことを通して親子の絆を深める】

このカテゴリは、2 つのサブカテゴリ〈母親と共に児との死別悲嘆に向き合いたい〉〈家族と共に児との死別悲嘆に向き合いたい〉で構成された。

表2 死産児と母子接触を行う母親へのケアにおける助産師の経験

【カテゴリー】	（サブカテゴリー）	「コード」	助産師	
		死産に関わることが辛い	a, d, e	
	突然起こる死産に直面し助産師自身も心を痛める	母親の気持ちと考えると辛い	f	
母子接触を行うことで児を生きて助けられなかったことに対して自らを責め、苦悩を抱く		母親が泣く姿を見て泣けてくる	a	
		死産された夫婦が自分たちを責めている話を聞き、気持ちが沈み込む	e	
	児を生きて助けることができなかったことに対し、自らを責める	もう少し早く誘発で出してあげたりしたら違ったのではないと思う	f	
		児を助けられなかったことを惜げなく思う	c	
	何もできなかったということが、すごく心残り。何かもつてできたことがあるのではないかとという思いがずっとある	a, f		
	行ったケアへの不満足と後悔が残る	グループケアという言葉がない時代の死産ケアについて、もう少しフォローすれば良かったという後悔がある。	c	
		後悔がないように赤ちゃんと接してほしいと思う	a, d	
母親と共に児との死別悲嘆に向き合いたい		母親として、児に対してやれたという気持ちをもってほしい	a	
		流産や死産をすると母親は自分を責めてしまう気持ちもわかるが、責めないで欲しいと強く思う	f	
	児と向き合うことを通して親子の絆を深める	家族と一緒に過ごす時間は少しでも大事だと思っているので、少しでも一緒に過ごしてもらいたいと思う	a, f, i	
		家族も共に児との死別悲嘆に向き合いたい	家族の思いやりや支えがあつてお母さんも死産を乗り越えていける	h
	定まった支援システムがなくケアに専念できないことへの苦悩がある	退院後のフォローがなかなかできておらず、なんとかしたいと思う	d, f, i	
止められない時間の中で急がれる母子接触ケアへのジレンマ		他の業務などもあり、なかなかケアに集中できない	d, f, i	
		タイムリーに他のスタッフと話し合いすることが難しいため、自分の中で苦しさを感じる	b	
	母親の気持ちと実施する死産ケアとの間で板挟みになる	母親の気持ちとケアのバランスが合わないことに心を痛め、申し訳ないというか、心苦しいような気持ちになる	b	
		(死産後の母子接触は)今しか出来ないが、お母さんが受容しきれていない状態で情報を提供し、それを選択する時間があまりないということがジレンマ	b	
母親の気持ちに寄り添うことを大切にしながら、互いに思いを昇華させる		母親が感情表出できるように寄り添うようにする	a, b, c, d, e, f, g, h, i	
		できるだけ同じ助産師がケアに行くようにする	b, c, h	
		死産後の退院の際、母親から「また次の子を授かると思うから」などの言葉が聞けると安心するというか、ホッとする	f, h	
		母子接触のケアについて母親に提案しながらも、母親の意見を聞きながら行う	a, b, d, e, f, g	
		母親の発言に対して、どのようにケアをするか考える	a, f	
		赤ちゃんを自分の胸に抱いてもらう	a, c, d	
		家族と一緒に過ごしてもらおう	a, g, h, i	
		成熟児と同じような対応をする	a, f, i	
	どのような状況であっても、母児愛着へのケアの眼差しは変わらない		おっぱいを吸わしてあげる	a, b
			隣に寝てもらおう	a, f, i
母と児の絆を残すための寄り添い			母親と児は痛るまで一緒に過ごす	c
			沐浴という形では叶わなかったが、清拭という形で清潔のケアをする	b
		手形、足形をとったり、写真を撮ったりする	b, g, h, i	
		保冷をする	e, f, g, h	
	遺体を傷つけず安らかに保つよう、児の存在を丁寧に扱う	腐敗が進んでしまうため、ベッドの下に氷を入れたり、脱臭剤を入れるなどして対応する	c	
		できるだけお子さんが傷んでいかにないように保冷に努めて、空調も調整する	b	
切れ目のない継続する長期支援の必要性を感じ、実践する		SNSを使って連絡をとり、話を聞くようにしている	e, g, h	
		病棟は病棟でフォローするが、退院後心療内科などに受診されることがある	c, e	
		地域で活動する助産師に退院後のフォローをお願いする	c	
助産師の使命として直面する死産後のケアへの覚悟	自分に課せられた任務だと感じる	母親からの「なぜこうなったのか」という思いを受け止めるのは辛い、そういった気持ちを受け止めるのも助産師の役割だと思う	a	
		1人目を死産された後、二人目のお産を担当させてもらうことがある	h	
	新たなケアの確立に伴い、さらなる使命感が湧く	今はグループケアが確立されてきたので、頑張ろうと思う	c	
経験からの学びを大切に、ケアを振り返る		昔は母親に母子接触をするように積極的に声を掛けることができなかったが、これまでの死産ケアの経験から、母親への接し方がわかってきた	e	
		経験が大切だと感じる	e	
		死産やケアに関する勉強会やグループケアに関する検討会を行った	a, c, d, e, i	
これまで積み重ねてきた死産ケアの経験を築き上げる	死産ケアの経験により、さらにできることを見つめようとする	死産があつたことをきっかけに新生児蘇生の資格をとるようになった	c	
		すぐに本を買いに行つて本を読んだ	f	
		死産ケアに関する論文を読んで勉強した	g, i	

a. 〈母親と共に児との死別悲嘆に向き合いたい〉

A氏が“おっぱいをまだ搾れる人もあるやんか、口に含ませたりとか、ガーゼかなんかに染み込ませてちゅっちゅってしたり、また、そのおっぱい持って行かしたりとかね。やっぱり、母親として、やれたっていう気持ちを、やっぱりなあ、おっぱいも止めるけどさ、そんなん違うってって私も思います。一口でもこうしてあげたり、ちゅってついたりできたりとか。そういうなんはやっぱり大事にしますね。”と語るように、「母親として児に対してやれたという気持ちをもってほしい」と願い、母親が児と向き合うことを大切に悔いがないように児と接してほしいと思いながらケアを行っていた。そのうえで、「流産や死産をすると母親は自分を責めてしまう気持ちもわかるが、責めないで欲しいと強く思う」と、責めることばかりではなく、児と向き合うことを願うと語っていた。

b. 〈家族も共に児との死別悲嘆に向き合いたい〉

“家族の存在ってすごく大きいとっていて、家族と一緒に過ごす時間は少しでも大事やと私は思っているの、少しでも一緒に過ごしてもらいたいと思うし、陣痛の誘発の時でも少しでも一緒に過ごしてもらえるように、っていう風っていうか。”(F氏)との語りから、「家族と一緒に過ごす時間は少しでも大事だと思っているの、少しでも一緒に過ごしてもらいたいと思う」というコードが抽出された。助産師は、家族の存在がその後の支えとなると感じ、家族と共に過ごす時間を大切にしながらケアを行っていた。

3. 【止められない時間の中で急がれる母子接触ケアへのジレンマ】

このカテゴリーは、2つのサブカテゴリー〈定まった支援システムがなくケアに専念できないことへの苦悩がある〉〈母親の気持ちと死産ケアとの間で板挟みになる〉で構成された。

a. 〈定まった支援システムがなくケアに専念できないことへの苦悩がある〉

“今しかできないことであって、お母さんが受容しきれない状態で、情報を提供するので、それを選択する時間があまりないということがジレンマで、今を逃すともう二度と出来ないから、(中略)お母さん自身の気持ちも受けとめてもらえないような中で関わっていくので、申し訳ないというか、心苦しいような気持ちになりましたね。”(B氏)の語りから、「他の業務などもあり、なかなかケアに集中できない」とコードが抽出されるように、行わなければならない業務は、死産児とその母親へのケアだけではないため、死産ケアに集中することが出来ないが、改善したいという思いを持っていた。

また、“外来の人たちに会いに来られたりして、外来に任せてしまっていたので、だからこそ、あの時のケア

がどうだったのかなという振り返りが出来ていないということがありました”(I氏)との語りから「退院後のフォローがなかなか出来ておらず、なんとかしたいと思う」というコードが抽出された。短い入院期間だけではなく、退院後のフォローが必要であると助産師は感じているが、定まった支援もなく、実践出来ない現状があることの経験を語っていた。

b. 〈母親の気持ちと実施する死産ケアとの間で板挟みになる〉

死産児を出産した母親は、生児を出産した母親よりも入院期間が短い、助産師はその間に死産ケアを行っていく必要がある。「母親の気持ちとケアのバランスが合わないことに心を痛め、申し訳ないというか、心苦しいような気持ちになる」「(死産後の母子接触は)今しか出来ないが、お母さんが受容しきれない状態で情報を提供し、それを選択する時間があまりないということがジレンマ」とコードが抽出されるように、入院から死産後のケアを実施するまでの期間は、生児を出産した褥婦の入院期間より短いのが現状である。母親の気持ちを汲み取り、ケアを受け入れる準備が出来ているかなど、その状況に助産師は板挟みになっている経験を語っていた。入院期間やケアを実施する時間に制約があるため、母親が児の死を受け入れられていない状態でケアを提供していく必要があり、助産師が悩む要因となっていた。

4. 【母と児の絆を残すための寄り添い】

このカテゴリーは、4つのサブカテゴリー〈母親の気持ちに寄り添うことを大切にしながら、互いに思いを昇華させる〉〈どのような状況であっても、母児愛着へのケアの眼差しは変わらない〉〈遺体を傷つけず安らかに保つよう、児の存在を丁寧に扱う〉〈切れ目のない継続する長期支援の必要性を感じ、実践する〉で構成された。

a. 〈母親の気持ちに寄り添うことを大切にしながら、互いに思いを昇華させる〉

「母親が感情表出できるように寄り添うようにする」「出来るだけ同じ助産師がケアに行くようにする」というコードが抽出されるように、助産師は母親の気持ちを第一に考えながら寄り添うことを大切に、ケアを行っていた。母親への精神的ケアの一つとして、助産師の意見を押し付けるのではなく、母親の気持ちを引き出せるようにしながら共に時間を過ごしていた。

また、“立派な棺やかわいい服を用意して退院しはった人がいはって、その子の存在っていうのがおつきかってんやろうなって感じた。その方はすごく前向きに捉えてくれはって、入院は3日間ぐらいのことやから、また、その後ね、家に帰られてどうなってるんやろうとか、どういう風に思われてどういう風に過ごされたのかはわからへんけど、前向きに捉えて帰らはったっていうのをみて、あ、良かったなというか。また、次、授かると思う

からって言って帰らしたので、なんか、そういう時ってなんかほっとするっていうか、そういう言葉一つやけど、ほっとする、安心する”という語りから「死産後の退院の際、母親から『また次の子を授かると言うから』などの言葉が聞けると安心するというか、ホッとするとコードが抽出されるように、母親から将来の展望を聞くことで、互いに次へのステップへと、助産師自身のケアを振り返り、次への段階としての気持ちの整理にもつながっている経験を語っていた。

b. 〈どのような状況であっても、母児愛着へのケアの眼差しは変わらない〉

「赤ちゃんを自分の胸に抱いてもらう」「成熟児と同じような対応をする」とコードが抽出されるように、死産児であっても生児と同じように母親が受容することができる限りの母子接触を共に行き、母児愛着のためのケアを行っていた。

c. 〈遺体を傷つけず安らかに保つよう、児の存在を丁寧に扱う〉

死産児だからこそ、腐敗していく児に対応していく必要がある。C氏が“ただ、あんまり触りすぎると解けていくの、赤ちゃん自身が、で、腐っていく。匂いは脱臭剤入れてたけど”と語るように、可能な限り腐敗が進まないようにするためのケアや、腐敗臭防止のためのケアなど、児を安らかに保つケアを施す経験をしていた。

d. 〈切れ目のない継続する長期支援の必要性を感じ、実践する〉

退院後の支援をどうつなげていく必要があるのか、ということに対して、“今はね、この *Social Networking Service* (以下、SNS とする) があるのでね、お産の時も、もうなんか痛くなってきましたって言うたら私走ったように、逐一、もう寝る前も、大丈夫とか、今日はゆっくり休んでねとか常に連絡取り合っ” (G氏) との語りから、「SNS を使って連絡をとり、話を聞くようにしている」とコードが抽出されるように、長期的に関われるように工夫を行っている助産師もいた。

また、「病棟は病棟でフォローするが、退院後心療内科などに受診されることがある」とコードが抽出されるように、他職種に繋げることで長期支援を可能にしていた。

5. 【助産師の使命として直面する死産ケアへの覚悟】

このカテゴリーは、2つのサブカテゴリー〈自分に課せられた任務だと感じる〉〈新たなケアの確立に伴い、さらなる使命感が湧く〉で構成された。

a. 〈自分に課せられた任務だと感じる〉

助産師は、母親との関わり合いの中で、“基本的には、あの危機の状態やから、なんで私だけがこんな目になって。その辺はね、私こう思う、っていうのをしっかり言葉として出してもらってという、その場が私らやなって。な

んでこうなったんやろうって、言わはるやん、で、そこを、それはつらいよな、私も、なんでこうなったて、私らに来るわ、ぼんぼん。でも、それはもう助産師として辛いところと思う” (A氏) と語るように、母親の辛い気持ちを受け止めることを助産師としての任務であると認識していた。

b. 〈新たなケアの確立に伴い、さらなる使命感が湧く〉

“グリーフケアっていう言葉自体がない時代もあった。(中略) もうちょっとフォローしといてあげたらよかったなって思ったり、後悔はしたんやけど。次からはほんまにグリーフケアっていうものが出てきたから、頑張っってやらなあかんっていうのはある。” (C氏) との語りから「今はグリーフケアが確立されてきたので、頑張ろうと思う」とコードが抽出されるように、時代の流れとともに確立されてきたケアに対して使命感を抱く経験をしていた。

6. 【これまで積み重ねてきた死産ケアの経験を築き上げる】

このカテゴリーは、2つのサブカテゴリー〈経験からの学びを大切に、ケアを振り返る〉〈死産ケアの経験により、さらに出来ることを見つけようと努力している〉で構成された。

a. 〈経験からの学びを大切に、ケアを振り返る〉

“その当時は亡くなったお子さんに会って、思い出を残すとか、抱いたりするっていうのはしてなかったから。(中略) 私は、あんまり積極的に声かけてあげられへんかったなあっていうのが印象に残ってますね。(中略) 自分の経験で、いろいろなことを思えるようになってきたというかね、若い時はそこまで気が回らなかった。自分の実体験に関しても、やっぱり経験って大事なんやなっていうのはすごく思いますね。” (E氏) との語りから、「昔は母親に母子接触をするように積極的に声を掛けることが出来なかったが、これまでの死産ケアの経験から、母親への接し方がわかってきた」「経験が大切だと感じる」とコードが抽出されるように、これまでの経験を踏まえながら、新たなケアを行っていた。

b. 〈死産ケアの経験により、さらに出来ることを見つけようと努力している〉

“それぞれのケースを書いてケアについて検討したりしましたね” (D氏)、“死産のケアというものが本当になかったんですよ、日本に、10何年前やったと思うんですけど。(中略) 生まれてきたことをお母さんに、悲しいことで済ましてしまうのではなくて、赤ちゃんがここに来てくれたことをお母さんに受けとめてもらって、どういう風なことをするのかということが日本には全然なくて、その時、オーストラリアとか、ニュージーランドとか論文をダウンロードして読みました。” (G氏) との語りから、「死産やケアに関する勉強会やグリーフケ

アに関する検討会を行った」「死産ケアに関する論文を読んで勉強した」とコードが抽出されるように、これまでの死産の経験を踏まえ、さらに出来ることはないのか、最善のケアは何かについて見つけようと努力する経験をしていた。

VI. 考 察

本研究では、死産児と母子接触を行う母親へのケアにおける助産師の経験に着目した。明らかになった助産師の経験は、6カテゴリーが抽出された。抽出した6カテゴリーから、『母親を支援する助産師の苦悩』『死産の悲嘆を抱える母親と児の関係性を紡ぐ支援』『助産師の使命としての死産を経験した母親への支援』の3つのコアカテゴリーを生成した(図1)。

ここから、助産師の経験がどのような経験であったのかを、1. 母親を支援する助産師の苦悩、2. 死産の悲嘆を抱える母親への支援、3. 助産師の使命としての死産を経験した母親への支援の3点から述べる。

A. 母親を支援する助産師の苦悩

1. 「突然起こる死産に直面し助産師自身も心を痛める」経験

突然訪れた死産を経験した母親との母子接触の経験をした助産師は「死産に関わるのが辛い」と認識し、死産を経験した「母親の気持ちを考えると辛い」「母親が泣く姿を見て泣けてくる」「死産された夫婦が自分たちを責めている話を聞き、気持ちが沈み込む」と、死産の経験を自分のこととして受け入れ、期待する児をめぐる喪失を経験していた。檜森、渡部、田中(2018)はペリネイタル・ロスに関わる助産師は、役割意識から共感ストレスを持っており、心理的負担を感じていると述べている。そのため、振り返りの機会や勉強会の開催が必要であるとしている。本研究においても、他の業務などで忙しく、死産後すぐにケア内容を相談できない現状やカンファレンスを行えていない現状があることが明らかになった。死産ケアの経験の共有化や統合が行われないことで、助産師によって提供するケアに差が出てしまう可能性が考えられた。そのため、朝のカンファレンスの時間を活用し経験を共有していくことや勉強会への参加、同じ経験をした助産師同士が経験を共有できる媒体の作成などが必要であると考えられる。

助産師は、妊娠期間中、母児の健康評価を常に行いながらアセスメントし、ケアを行っている。妊婦である母親は、自らの健康のみならず児の健康を常に意識し、胎動で児の生存を確認しながら生まれてくるその日を心待ちに過ごしている。それが、一瞬のうちに今まで想像していなかったこととして死産を受け止めているのであ

る。

助産師は死産に直面することで心理的負担を感じ、児を助けられなかったことに対して自責の念を抱く経験をしており、心理的負担の減少が必要であると考えられた。また、助産師は、自らが行ったケアに対して、他に最善のケアがあったのではないかと悩んでおり、そのことが心理的負担の一因になっているのではないかと考える。

また、「死」という重いテーマではあるが、助産師は1人で母児のケアに当たることが多い。本研究において、死産を経験した母親のケアに当たる助産師は、可能な限り同じ助産師が行うように工夫しており、プライマリナーシングの要素が強いと考えられた。さらにそのことに加えて、すぐに誰かに相談できる環境が整っていないこともあり、母親を支援する助産師の苦悩につながっているのではないかと考える。

このことは、助産師としての支援者であることの「共感疲労」によるものと考えられる。「共感疲労」とは、Joison(1992)が看護師の共感ストレスや二次的な外傷性ストレスの体験研究から用いた言語である。その後、Figley(1995)により「共感疲労」の概念が確立された。藤岡(2011)は、「共感疲労」は「共感満足」が有効に活用できることを示唆している。「共感疲労」には「共感満足」として「仕事仲間との関係における満足」「利用者との関係の中での満足」「援助者の資質としての満足」「人生における満足」があることを述べている。本研究による助産師の経験からの「共感疲労」として、専属担当者としてケアなどについて、誰にも相談できないことによる孤独や孤立が考えられる。ケアを交代する「代わり」がないことからの疲労や、事例検討を十分行うことができない時間的余裕の無さからもうかがえる。助産師自身の倫理観と助産業務という職務としての対応の問題で揺れる気持ちも存在することが考えられる。この疲労感の軽減には、藤岡が述べている「共感満足」を得ることができる助産師の経験へとつなげていく必要があると考える。

B. 死産の悲嘆を抱える母親と児の関係性を紡ぐ支援

母子の絆に関する母子接触において、正期産新生児に対する早期母児接触(early skin-to-skin contact; 以下STSとする)は、久保(2012)によると、2010年の時点において、無作為に抽出された全国の病産院の65.4%で実施されている。STSの目的に母乳育児率の向上や児の胎外生活への適応、母と子の絆の形成に関与していることなどが先行研究より明らかになっている。しかし、本研究における助産師の語りでは、死産児と母親が接触することで「母親と共に児との死別悲嘆に向き合いたい」経験や「家族も共に児との死別悲嘆に向き合いたい」経験から【児と向き合うことを通して親子の絆を深める】経験につながっていた。要するに、死産児と母親との母

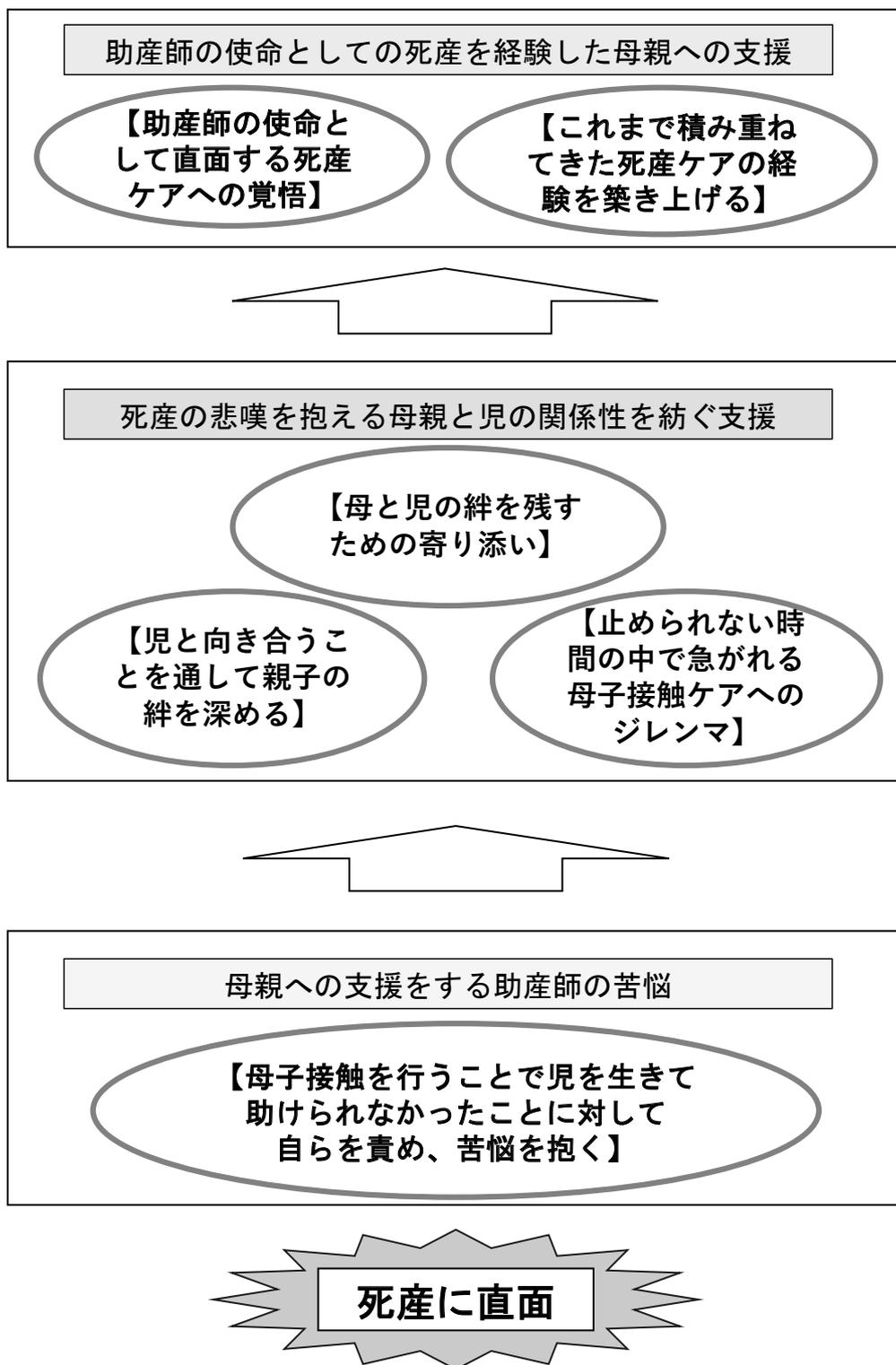


図1 死産児と母子接触を行う母親のケアにおける助産師の経験

子接触は、母乳育児や胎外生活への適応には関係がないのである。

母親と児の絆を育むことについては、大切な児との死別から親としての想いを尊重し、児が亡くなっても親であり続けられることへの絆づくりであると考えられる。死産児のためにできることとして、【母と児の絆を残すための寄り添い】経験につながっていると考えられる。このことから、本来の正期産新生児における STS の目的とは違った目的を持っていると考えられた。

1. 【止められない時間の中で急がれる母子接触ケアへのジレンマ】

母親と死産児との絆を培うケアを進めている助産師であるが、その時間は限られている。死産を経験した母親の産褥入院期間は、生児を出産した母親の期間より短い。正期産で出産した母親の産褥入院の平均は、5日程度である。しかし、死産を経験した母親の産褥入院期間は、それよりも短縮されている。そのため、助産師は短期間のうちに、状況をアセスメントしてケアを提供していくのである。母親が児の死を受け入れられていない状態であったとしても、その中でできることを見つけながらケアを提案していく必要がある。助産師は、母親の状況と気持ちと助産師が行うケアの提供の間で板挟みになっていた経験を語り、そのような状況から、助産師はジレンマを感じ、ケアに悩む原因ともなっていたことが考えられる。助産師はこの経験を、「母親の気持ちと実施する死産ケアとの間での板挟みになる」経験、「定まったシステムがなく、ケアに専念できない事への苦悩がある」経験として認識し、【止められない時間の中で急がれる母子接触ケアへのジレンマ】として経験していると考えられる。これは、助産師が死産児と母子接触を行う母親へのケアにおけるジレンマとして経験する大きな要因と考えられる。

2. 【母と児の絆を残すための寄り添い】

大切な児を失った母親の衝撃や哀しみは、短時間で癒されるものではない。母親は、なぜこんなことになったのか、過去の記憶をたどり、あれが原因だったのかと自らの行動を顧みたりしながら、悲しみのみならず悔みや怒りなどさまざまな感情を体験する。そしてその感情が収まるまでには時間を要し、感情の変遷さえみられる(矢吹, 2019)。

死産直後の母親は驚き・ショックを受けている現状、悲しみ・泣いている状況、疲労・虚脱状態、体力・気力の低下、自らを励まし受け入れようと努力している状況があり、悲嘆のプロセスをたどる(坂根, 森, 川藤, 中川, 2011)とされている。本研究の語りから、助産師は悲嘆のプロセスをたどる母親の気持ちに添いながらも、母親が後悔なく児との時間を過ごせるようにケアを提供していると考えられた。

そのような中でも、助産ケアの内容や生児と変わらないケアの提供を行う助産師のまなざしは、どんな状況であろうと分け隔てのない助産師の経験として「どのような状況があっても、母児愛着へのケアのまなざしは変わらない」とする助産師の経験が明らかになった。

助産師は、このような母親と児のケアを短時間でアセスメントし、ケアを提供している経験が明らかになった。

竹内, 山本(2008)は、分娩直後が赤ちゃんとも出会うのに最も相応しく、流産、死産をケアする医療者は Birth Kangaroo Care を死産の際のケアの一つの目標にして良いのではないかと語っている。本研究の語りにおいて、分娩直後に STS を実施したことのある助産師はいなかった。理由としては、児の死亡から時間がたつことで浸軟する場合があります。児の皮膚がもろく触ると皮膚がずる剥けになってしまうことから、洋服を着せてからの対面の方が良いことなどが考えられた。母子接触については、助産師の経験の中から積極的に行われており、児の状態によっては、分娩直後の STS を推奨しても良いのではないかと考える。

Kristy(2014)は、児を失う体験をした母親のメンタルヘルスの問題を防ぐために、死産児との接触前の準備や接触中のサポート、および専門家によるフォローアップの重要性を述べている。本研究において、母子接触への事前準備に関する語りや専門家からのフォローアップについては語られてはいなかった。しかし、死産判明後から出産まで数日時間があつた母親に対しては、出産や死産児との接触前に、死産児に対して行えることや出産後どのように過ごすことができるかの説明について検討することで、母親自身が自分の気持ちの整理をすることにつながったり、児を受け入れることにつながるのではないかと考えられる。

C. 助産師の使命としての死産を経験した母親への支援

【助産師の使命として直面する死産後のケアに対する覚悟】の経験と【これまで積み重ねてきた死産ケアの経験を築き上げる】経験が明らかになった。

1. 【助産師の使命として直面する死産後のケアに対する覚悟】

本研究の語りから、「死産後の退院の際、母親から『また次の子を授かると思うから』などの言葉が聞けると安心するというか、ホッとする」とコードが抽出されるように、母親から将来の展望を聞くことで、助産師自身が、次の段階への気持ちの整理に繋げている経験をしていた。その反面、國分(2009)は、母親が死産後の悲嘆から回復することなく、心の囚われを持ち続けている場合、次子出産後にも次子への関心が薄く、死産後から、死産児の生まれ変わりを願う気持ちを持ち続けた母親は出産後1年以上、次子と死産児の区別がつかないと述べている。このことから、母親への支援を考えるにあたり、死

産後の悲嘆から回復した後に次子を妊娠した母親や、次子の出産に至る母親へのケアは、次子との新たな母子関係が築けるような継続的な支援が必要であると考えられる。よって、このような助産師の経験は、継続した切れ目ない支援につながるためのシステムを検討したり、経験から新たなケアへと前進できるようなチーム役割を果たす使命を担っていることが明らかとなった。助産師は、母親から、次子に対する思いが傾聴できた際にも、継続的な支援が必要であると考えられる。

退院後の関わりについて、本研究の語りから、継続した関わりが難しいと述べる助産師がいる一方で、産後の健診や SNS を活用して継続した関わりを持ちながらケアを行っている助産師がいることが明らかになった。継続した関わりを持っていると述べた助産師は、自分自身だけではなく、他の助産師に退院後のケアを依頼したり、心療内科といった他の職種へつなぐことを積極的に行っており、多職種で連携することが、死産した母親への継続したケアにとって重要であるといえる。

2. 【これまで積み重ねてきた死産ケアの経験を築き上げる】

助産師はケアを実践したり、振り返ったりする際には、勉強会を開いたり、論文や本を読むなどする経験をしていた。これは、母親や児に対して、何かできることはないのか、さらに良いケアを提供するにはどうすれば良いのかを模索した結果であると考えられる。助産師は、ケアを振り返り、新たなことを勉強することで、自分自身の死産ケアにおける経験を次に行かせるよう行動していた。

D. 本研究の限界

本研究の協力者は、死産ケアの経験を少なくとも3回以上経験したことのある助産師を対象とした。そのため、本研究で明らかになったことは、死産ケアを繰り返す経験したことのある、ケアの内容や必要性を理解している助産師の経験であるといえる。どんな施設においても、死産に直面したり、死産児と母子接触を行う母親のケアを行う可能性があるため、今後は、死産ケアの経験が少ない助産師の経験なども明らかにしていく必要がある。また、実際に母子接触を行う母親にとって、死産児との母子接触がどのような経験となっているのか、母親への影響も明らかにしていく必要がある。

さらに、死産ケア中のケア内容の共有や、その後のカンファレンスなどが行えていないことがあり、助産師一人ひとりの経験を共有、統合していく必要があると考えられた。

VII. 結論

死産児と母子接触を行う母親へのケアを実践している助産師の語りから、ケアを実践した経験について分析した結果、6 カテゴリーが抽出された。そしてそれはさらに3つに分類された。

死産に直面することは母親やその家族だけではなく、助産師自身にとっても辛い経験となっており、助産師は、死産に直面すると、【母子接触を行うことで児を生きて助けられなかったことに対して自らを責め、苦悩を抱く】経験をしていた。その後、【児と向き合うことを通して親子の絆を深める】ことや、【止められない時間の中で急がれる母子接触ケアへのジレンマ】を感じていた。そして、【母と児の絆を残すための寄り添い】ながら【助産師の使命として直面する死産後のケアに対する覚悟】を持ち、【これまで積み重ねてきた死産ケアの経験を築き上げる】ことで新たなケアにつないでいた。

死産児と母子接触を行う母親へのケアにおける助産師の経験は、母親の気持ちを尊重し寄り添いながら、母親と児の絆を育むものであった。たとえ死産児であっても、助産師のケアの眼差しは変わることはなく、生児と同じように母子接触やケアを行っていた。そして、助産師は経験を積み重ねながらより良いケアを提供していることが明らかとなった。

文献

- Figley CR (Ed) (1995). *Compassion fatigue, Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat traumatized*, Brunner/Mazel, New York, 1-20.
- 藤岡孝志 (2011). 共感疲労の観点に基づく援助者支援プログラムの構築に関する研究. 日社事業大研紀, 57, 201-237.
- 檜森敏子, 渡部昌子, 田中綾乃 (2018). パリネイタルロスに対するグリーフケアを提供する助産師の現状と課題. 秋田農村医学会誌, 62, 27-33.
- 堀内勁 (1995). カンガルーケア—新生児医療の新しい出発—. 日小児会誌 101, 1259-1262.
- Joinson C (1992). *Coping with Compassion Fatigue. Nursing*, 22 (4), 116-120.
- Klaus MH, Kennell JH (1985) / 竹内徹, 柏木哲夫, 横尾京子 (1985). 親と子のきずな, pp85-89, 東京: 医学書院.
- 國分真佐代 (2009). 死産を体験した母親の次の妊娠・出産に関する研究—母親の次子と死産児への気持ちや反応. 母性衛生, 46 (4), 515-523.
- Kristy R (2014). *Mothers' experience of their contact with*

- their stillborn infant:an interpretative phenomenological analysis. BMC Pregnancy Childbirth.
- ・久保隆彦 (2012). 「早期母子接触実施の留意点」について. 日周産期・新生児会誌, 48, 986-993.
 - ・Moore ER, Anderson GC, Bergman N (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn Infants. Cochrane Database Sky Rev 18, CD003519.
 - ・大蔵珠己, 金田圭子 (2012). 死産ケアの現状とこれから—臨床助産師としての—. 母性衛生, 53 (1), 22-29.
 - ・斎藤紀子, 平井菜穂子 (2011). なくなっていく赤ちゃん
 - と家族へのケア. ネオネイタルケア, 24 (1), 21-26.
 - ・坂根綾子, 森恵, 川藤幸, 中川春美 (2011). 自然流産・死産により喪失を体験した女性のケア 次の妊娠につながるケアを考える. 公立南丹病院医学雑誌, 13 (1), 130-131.
 - ・竹内正人, 山本正子 (2008). 分娩直後のカンガルーケア. ペリネイタルア, 27, 11.
 - ・矢吹弘子 (2019). 内的対象喪失 見えない悲しみをみつめて. p.114, 新興医学出版社.
 - ・山中美智子 (2009). 赤ちゃんを亡くした女性への看護 (1), メディカ出版.

(Summary)

Experiences of midwives caring for mothers who perform skin-to-skin contact with stillborn babies

Objective : To clarify experiences of midwives caring for mothers who perform skin-to-skin contact with stillborn babies.

Methods : A qualitative, descriptive study. We conducted semi-structured interviews using an interview guide with midwives with clinical experience of 5 years or longer, who had dealt with 3 or more stillbirth cases involving skin-to-skin contact.

Results : From 9 midwives' narratives, we extracted experiences caring for mothers who perform skin-to-skin contact with stillborn babies, and classified them into 6 categories, 15 sub-categories, and 46 codes. Facing a stillbirth was a painful experience not only for mothers and families, but also for the midwives themselves, and they went through such a situation while [blaming oneself for not being able to save the child and feeling distressed]. This was followed by [helping the mother face and strengthen the bond with her child] and [feeling a dilemma about care for skin-to-skin contact that was urgent at an inevitable

time], which led to [supporting the mother to rationalize her feelings and preserve her bond with the child through continued care]. They leveraged their experiences of [developing preparedness for postnatal care after stillbirths as part of the mission of midwifery] and [acquiring empirical knowledge of postnatal care after stillbirths] as a basis for new care approaches.

Conclusions : The midwives did not change their midwifery approaches, and provided the same care for stillbirths as for live births, despite the dilemma of being caught between mothers' feelings and the current situation. The results highlighted the necessity of continued support, covering <support for relationship-building between the mother who is grieving and her stillborn child> and <support for the mother after a stillbirth as part of the mission of midwifery>.

Key Word stillborn baby, skin-to-skin contact, experiences of midwife

研究ノート

看護師がとらえる重症心身障害児の 体調変化への気づきの視点



古株ひろみ¹⁾, 泊 祐子²⁾, 竹村 淳子³⁾, 流郷 千幸⁴⁾
川端 智子¹⁾, 玉川あゆみ¹⁾
¹⁾ 滋賀県立大学
²⁾ 四天王寺大学
³⁾ 大阪医科薬科大学
⁴⁾ 名城大学

要旨 重症心身障害児（以下、重症児）と関わる8名の看護師（訪問看護師、学校看護師、外来看護師、放課後等デイサービス看護師）へ重症児の体調変化を察知するための気づきの視点を明らかにすることを目的にインタビュー調査を実施した。12個のカテゴリーを抽出し、【一見してわかる変調の兆し】【目が訴える情報を探る】【身体に触れてわかる変調の兆し】【これまでの関わりでわかる児の微かな合図の変化】などの感覚からの気づきには、＜緊張が強くなる＞「てんかん発作の前兆としての目の動き」という重症児に特徴的な視点があった。【母親の疲労蓄積で影響する児の変調を探る】は成長にともなう＜見逃されしめる日々の変化＞に注目し【注入量から体調を探る】などの生活の背景から察知する気づきの視点があった。【この先の体調を鑑みまだ安心できない】のカテゴリーは、重症児の体調の不安定さから、予知する感覚の気づきを示していた。看護師は、重症児を取り巻く家族とその生活を含めた少し先にある重症児の成長を鑑みて現状の体調を意識していた。

キーワード 重症心身障害児, 体調変化への気づき, 看護師

I. 背景

2022年における15歳未満の子どもの数は1,465万人であり、総人口に占める子どもの割合は11.6%とその割合は過去最低となった（総務局, 2022）。子どもの数は年々減少傾向にある中で、令和3年度の幼稚園、小学校、中学校、高等学校および特別支援学校で医療的ケアを必要とする児は10,268人と、その数は年々増加傾向にある（文部科学省, 2022）。また、0～19歳までの在宅における医療的ケアが必要な児は、19,712人であり、その年齢割合は0歳から4歳が最も多く、次いで5～9歳と続き10歳未満までが占める割合が多い現状にある。さらに、医療的ケアの内容も在宅酸素療法、栄養管理、人工呼吸器、気管切開が多くみられる（厚生労働省社会・援護局, 2020）。医療的ケアが必要な児の64%は重症心身障害児（以下、重症児とする）であるといった状況（石井, 2020）からも、今後も在宅における医療的ケアが必要な重症児の増加が推測される。

脳形成異常などが主な要因にある重症児は、呼吸器疾

患やてんかんなどの多くの合併症を抱えていることで（麻生, 2016）、体調は容易に不安定な状態に陥りやすい。そのため、重症児に関わる看護師は、常に重症児の体調を把握しどのような活動ができる状態であるのかという

Nurse's perspective on awareness of changes in the physical conditions of children with severe motor and intellectual disabilities

Hiromi Kokabu¹⁾, Yuko Tomari²⁾, Junko Takemura³⁾, Chiyuki Ryugo⁴⁾
Tomoko Kawabata¹⁾, Ayumi Tamagawa¹⁾

¹⁾ The University of Shiga Prefecture

²⁾ Shitennoji University

³⁾ Osaka Medical and Pharmaceutical University

⁴⁾ Meio University

2023年9月30日受付, 2024年1月22日受理

連絡先: 古株ひろみ

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町 2500

電 話: 0749-28-8673

F A X: 0749-28-9501

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

判断が必要とされる。

看護師は、言語的コミュニケーションでの訴えが難しい乳幼児の体調変化は独自の感覚からや、今までの子どもの関わりなどの経験から捉えていることが明らかになっている（西宮、植木野，2021）。重症児においても、言語的コミュニケーションで訴えることが難しい状況にあるため、同様に体調の変化を把握することは難しく、おのおの経験や独自の判断基準で異変に気づくことも少なくない。

在宅で生活している重症児は、訪問看護、訪問教育や学校への通学、さらに放課後等デイサービスといった多様な場での支援を得ながら日々過ごしている。重症児の活動をこれらのさまざまな看護師が支えていくためには、重症児の体調変化を同様の視点でいち早く判断できることが必要となる。そのため、観察などで得た多様な情報から普段とは違う何かに気づく視点を共有できることが重要であると考えられる。

Ⅱ. 目 的

本研究は、重症児の体調変化を察知する看護師達の気づきの視点を明らかにすることを目的とした。

地域で生活する重症児と関わり深い学校看護師・外来看護師・放課後等デイサービスの看護師・訪問看護師へのインタビューにより、重症児ならではの体調変化につながる気づきの視点を明らかにすることで、体調を判断する際に看護師が共有できる判断指標を得るための基礎的資料とする。

Ⅲ. 用語の定義

用語の定義：重症心身障害児とは、重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態の子どもであり、医療的ケアの必要性を重複する場合も含む。本研究では、多様な場での支援を受ける年齢である幼児～18歳までとする。

気づきとは、自分の心の動きを意識すること（山鳥，2018）であり、体調変化への気づきは、個別性の強い重症児の体調を専門的知識を用いて観察し、臨床推論している認識を指す。

Ⅳ. 研究方法

A. 方法

研究参加者は、日頃から重症児の生活に関わっていた

経験が6年以上ある30歳代から60歳代の看護師（学校看護師、外来担当看護師、放課後等デイサービスの看護師、訪問看護師）とした。リクルートはスノーボールサンプリング法で参加を依頼した。

調査方法は、インタビューガイドを用いて半構成化面接を行い許可を得てICレコーダーに録音し、面接データを逐語録におこし質的記述的に分析した。

B. データ収集方法

研究参加者に作成したインタビューガイドを用いて、プライバシーが確保できる環境でインタビューを実施した。参加者の承諾を得てインタビュー内容をICレコーダーで録音した。

インタビューガイド

- 1) 毎日の重症児との関わりの中で、子どもの体調が安定した状態だと判断する時はどのようなことを手掛かりとしてそのように思いますか。
- 2) 子どもの体調が悪くなるのではと感じるのは、どのような時に、どのような事からそれを判断されますか。
- 3) 体調が悪化しないように予防的な対応や対処をされていますか？それはどのようなことですか。なぜ、それが良いと感じていますか。
- 4) 子どもの体調が悪くなるのではと感じるのは、どのような時に、どのような事で感じられますか。あまり難しく考えられずに、感じたまま、思ったままのことをお話しください。

C. データ分析方法

データの分析方法は、インタビューから得られたデータから逐語録を作成し、語りの内容から類似性に基づいてコード化し分析した。分析の過程において、小児看護に長く携わっている看護師や重症児に関する研究を行っている小児看護学の研究者とのディスカッションを重ね、分析の結果を研究参加者に確認を得るメンバーチェックを実施し、データの信頼性、信憑性と真実性の確保に努めた。

D. 倫理的配慮

滋賀県立大学人を対象とした研究倫理審査専門委員会の承認を得た（547号）後に、実施した。研究参加者に対して、研究の意義、目的、方法、予測される結果などについて、文書により十分な説明を行った。

また、研究への参加は任意であり、参加に同意しないことをも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することができること、インタビュー途中に心理的負担が認められた場合は直ちに中断し、その後、改めてインタビューの継続についての確認を行うことを研究参加者に説明した。これらを理解したうえで、自らの自由意思に基づき、同意書を提出した参加者より同意を得たも

のとした。

個人情報、主任研究者の責任の下に管理し、厳格なアクセス権限の管理と制御を行い、個人を特定できないようにして取り扱うなど、安全管理の徹底を図った。研究終了後、個人情報を含むデータは、10年間保存の後、消去または裁断処理により適正に処分する。

V. 結果

研究参加者8名に対して半構造化インタビューを実施した(平均時間約64分)(表1)。日頃の関わりから捉えた体調変化への気づきの視点を分析の視点として、204個のコードから、29個の<サブカテゴリ>、12個の【カテゴリ】を抽出した。なお、代表コードを「」で示し、カテゴリにつながる代表的なサブカテゴリを中心に結果を示す。

表1 研究参加者一覧

年齢	参加者	インタビュー時間(分)
A(40歳代)	訪問看護師	67
B(50歳代)	訪問看護師	46
C(40歳代)	訪問看護師	57
D(40歳代)	訪問看護師	120
E(40歳代)	学校看護師	66
F(40歳代)	学校看護師	66
G(30歳代)	放課後等 デイサービス看護師	30
H(60歳代)	外来看護師	62

A. 【一見してわかる変調の兆し】

このカテゴリは、4つのサブカテゴリからなる。<ぐったりしてしんどそう><表情や顔色で察知する><泣いて教えてくれる>の3つのカテゴリからは、決して言葉を発することはなくても「人が来たり、違う音ではしゃぐのがグタツとしている」といったいつもの状態を基準に判断して体調の変化を捉えていた。これは重症児においても、一般的な子どもの体調変化の気づきと

同様の視点であった。しかし、重症児の特徴として<緊張が強くなる>という気づきの視点があり、「緊張が強くなり体を反ると何か異変があるんじゃないか」「足がピンピンしてヘッドレストから頭が落ちている掛物がずれてる(強い緊張の後の)」「緊張が上がって体温の変動もあってあと消化器系にくる」といったいつも以上の緊張の強さを瞬時に見て判断し、体調異変の前兆であると捉える視点が示されていた。

B. 【目が訴える情報を探る】

このカテゴリは、<目力、輝き、目の動きを視る>の1つだけのサブカテゴリで構成される。体調の変化として「目の輝き」や「話しかけて見ようとする目の力」の低下は一般的に子どもの体調変化を視る視点であり、重症児にも共通してみられた。また、重症児に多いてんかん発作の前兆として「発作の前は、キョロキョロ目が動きだす」といった目の動きの変化は、重症児において特徴的な気づきの視点であった。

C. 【変調の兆しはまず心拍数を視る】

このカテゴリは、<心拍数に注目><呼吸器疾患の子は心疾患も多い>の2つのサブカテゴリからなる。【一見してわかる変調の兆し】や【目が訴える情報を探る】のカテゴリから五感で感じた異変をさらに探るため、モニターを装着している重症児は、まず<心拍数に注目>しさらに、経皮的酸素飽和度(以下、サチュレーション)の値をチェックするという流れを示していた。また、「苦痛の指標は脈の上昇とサチュレーション」で探るようにモニターを常に装着していない児も、サチュレーションの値と併せて心拍数を確認し、苦痛の有無を判断する指標としていた。さらに、<呼吸器疾患の子は心疾患も多い>ことを重症児の関わりで得た経験から、まずは心拍数を視て判断する視点が示されていた。

D. 【呼吸状態の悪化をまず痰から探る】

このカテゴリは、2つのサブカテゴリからなる。重症児は、呼吸状態の悪化と常に背中合わせであるため、呼吸状態の変調を重視していた。<手がかりはまず痰を視る>では、「引いても引いても痰が湧き出てくる」「痰は固くないか、気道の抵抗感はないか、痰が黄色くないか、汚くないか、においはどうか」など重症児は常に吸引を行っているため、いつもの痰の状況であるのかを丁寧に観察し比較することで判断していた。そして「呼吸の様式が変わるその変化を視る」「サチュレーションは下がらなくても緊張や喘鳴が強いと帰宅するか悩む」といった様に、サチュレーションの数値だけでなく普段の呼吸状況との比較から<呼吸状態の変化を視る>ことで体調が悪化しているのかの判断の後押しとなっていた。

E. 【変調はすぐ消化器症状にでる】

このカテゴリは、<胃の残渣物が引ける><注入した分だけ下痢になる><便のにおいで診る>の3つのサ

ブカテゴリーからなる。胃ろうや経鼻胃管などの経管栄養のある重症児は「体調悪い時は絶対胃の残渣物も引ける」ことで「胃の残渣物が引ける」<注入した分だけ下痢になる>ことから、重症児の胃ろう造設が急激に増加してきた現状からも相まって重要な気づきの視点となっている。重症児は心疾患や呼吸状態の悪化と同等に、消化機能への異変が生じやすい。「低体温の子は代謝が悪いので胃の残渣物が残る」ことや「便のにおいに酸味がかっていたら受診を考える」という「便のにおいで診る」など常に消化機能の脆弱さを意識して重症児を観察していることや消化器症状から異変に気づく視点が示されていた。

F. 【身体に触れてわかる変調の兆し】

このカテゴリーは、3つのサブカテゴリーからなる。「変な汗をかいている」は「汗、ジトつとしているやつ」といったいつもの汗との違いを手から察知していた。「身体に触って力の入り具合や身体が緊張しやすいか」「身体に触ってみて手足が冷たいか温かいゼロゼロはないか」「なにかやせてる」という「力の入り具合などいつもの違いを手から探る」など、また、抱っこした時「口のおい鼻水耳垂れとか耳のにおいよく嗅いでる」という「触れた時のにおいで探る」など児に触れていることの積み重ねから感じ得た手の感覚や嗅覚は重要な気づきの判断基準となっていた。

G. 【これまでの関わりでわかる児の微かな合図の変化】

このカテゴリーは、2つのサブカテゴリーからなる。「話しかけて反応を探る」ことで、「話しかけた時に全体をみて足で答えるのか、手がゆっくり動くか、『ふうー』というか」や「表情がないし笑うのでもないしすごく苦しい顔しているわけでもなくとも違いはわかる」「重い子の不機嫌はあまりない」ことなどで「無表情だが異変はわかる」といったその子なりのわずかな反応の変化を気づきの視点としていた。

H. 【母親の視点も交え児の状態の全体を俯瞰する】

このカテゴリーは、2つのサブカテゴリーからなる。何か重症児の体調が気になるが、確信がない時「機嫌もいい、鼻水もない、ありとあらゆることをお母さんと確認し合いながら確認する。」「お母さんに確認しその子の複合的に起きてくる変化を捉える」といった「母親と共に確認する」ことが気づきへの後押しとなっていた。さらに、「夜はどうか、夜は眠っていたか、記録（ノート）を見る」「一時的な原因での心拍上昇なのかいつからか遡って確認する」ことを行い「母親に記憶をたどってもらい探る」といった母親の視点を交えることで何か異変があることを確信する判断に繋がっていた。

I. 【母親の疲労蓄積で影響する児の変調を探る】

このカテゴリーは、3つのサブカテゴリーからなる。「体重がそんなに増えないことにお母さんはわりと気づ

いてない」「浮腫を太ってきたと錯覚する危うさ」ということから、<見逃されしまう日々の変化>を捉えていた。「状態の変化から症状を見る視点が変わった時に情報が更新されにくい」「(母親は)機能が落ちていることを冷静に受け止めたくないし認めたくない」ことから「症状の示す意味に向き合えてない」母親の認識に気づいていた。さらに、「イベントとかライフサイクルとかを考えないといつもやれているからと見過ごしてはいけない」と生活の背景を捉えながら「イベントに追われていくケア」による体調への影響を捉えている視点が示されていた。

J. 【注入量から体調を探る】

このカテゴリーは、2つのサブカテゴリーからなる。「夏は熱がこもりやすいから低体温の子でも脱水になる」「飲めない、食べれない(鼻注も)ぐったりしてたら脱水かと思う」と直ぐに体調に影響がしやすい重症児ゆえに「脱水症状を探る」など、そのため、注入の状況により体調に影響しやすいため、注入量の変動や注入時間のずれや注入速度などにより「すぐ低血糖におちいる」経験から「低血糖かを探る」ように、推論する症状に注目する視点が示されていた。

K. 【体温に隠れている変調を探る】

このカテゴリーは、2つのサブカテゴリーからなる。「注入量から体調を探る」と同様に環境からの影響を受けやすい重症児は「熱発では衣類環境の調整をして解熱するか否かをまずみる」「この子の体調が良いとか悪いを熱だけで結び付けるのは難しい」ため、「体温調整が難しく熱だけでは判断できない」ことや、「どこも冷たくてバイタルが取れないほど(手が)冷たい」といった「低体温では炎症症状でも熱はでない」ことから、体温の値だけではなく、環境など生活の状況や重症児の特徴を踏まえて体調の変化を探る視点が示されていた。

L. 【この先の体調を鑑みまだ安心できない】

このカテゴリーは、「楽観はしない」<余力(回復力)を見極める><数値は大丈夫でも何か違う>の3つのサブカテゴリーからなる。「大きくなったら無理しても頑張れるがちっちゃい子はやっぱりすぐ悪くなりやすい」「変調が長引く子に看護師は自分の中に何か(これが出来なければ体調の好転は難しい)根拠とするデータをもつため無理せず様子をみようと思う」ことで「楽観はしない」判断をしていた。また、「その日は無理に行けても次の日は休んだり長引いたりする」「一晩越せるかはよく判断する」などの「余力(回復力)を見極める」、経験から「数値は大丈夫でも何か違う」と感じ、様子をみる必要があるといった判断に至り、今は大丈夫でも引き続き様子をみなければという気づきや気がかりが示されていた。

VI. 考 察

インタビューから体調変化を察知するための看護師達の気づきの視点は12個のカテゴリーが抽出された(表2)。それらは、感覚からわかる気づき、生活の背景から察知する気づき、さらにこの先の体調変化を予知する感覚からの気づきで構成されていた。

A. 感覚からわかる気づき

一般的に子どもは泣いたり、苦痛表情で症状の訴えを表出するが、重症児は重症であるがゆえに表情などでは読み取りにくく、またどれも必ず表出されるとは限らない。そのため今回の研究参加者である看護師達は、通常の観察に加え、視覚、聴覚、触覚、嗅覚などの五感を使った【一見してわかる変調の兆し】【目が訴える情報を探る】【身体に触れてわかる変調の兆し】や【これまでの関わりで分かる児の微かな合図の変化】から、普段とは違う体調の変化への気づきの視点をもっていった。

先行研究からも、集中治療中の乳幼児に対して看護師は、しんどさや焦点が定まらない視線や刺激に対する反応の乏しさといった一目見て何か異変であることを経験から感じとっていた(西宮、楢木野, 2021)。言語的な表出が困難な乳幼児と同様に重症児に関わる看護師達も経験で得た感覚から体調の変化を瞬時に探り始めていた。

小児の場合トリアージ看護師が初期段階で重症度を評価する項目は、外観、努力呼吸(呼吸数など)、循環(皮膚の色など)の3点である(日本救急医学学会, 2023)。この評価項目にある外観とは、①動いているか、ぐったりしてないか、筋緊張はよいか、②物音や人物に注意を払うといった周囲への反応があるか、③あやして落ち着くなどの精神的安定があるか、④視線があうか・注視できるか、⑤啼泣や会話ができるかの5項目である(西山, 2019)(日本救急医学学会, 2023)(岸部, 2022)。

今回の結果で得た重症児の体調の変化への気づきにも、<ぐったりしてしんどそう><泣いて教えてくれる><表情や顔色で察知する><緊張が強くなる>のサブカテゴリで構成する【一見してわかる変調の兆し】と【目が訴える情報を探る】は、上記評価項目の外観に対する項目と同様の項目であると考え。また、【変調の兆しはまず心拍数を視る】【呼吸状態の悪化をまず痰から探る】のカテゴリーは、小児の初期評価項目の努力呼吸、循環と同様の視点であると考え。

重症児の体調は些細なことで崩れやすく、瞬時に重症児の体調の変化に気づく視点は、今回の研究参加者がすべて看護師であったことが影響していたと考える。

【体温に隠れている変調を探る】気づきの様に、心拍数やサチュレーションなどの値からの情報だけでなく、顔色や目の輝きや手から感じ取る情報なども交えて変調

への気づきを探っていた。さらに看護師達の気づきは、総合的に情報を判断し呼吸器・循環器疾患の悪化、体力・免疫力低下、脱水など経験で得た重症児に起こりえる症状の予測に至っていた。

B. 生活から推察する気づきと予知する感覚からの気づき

看護師達は、重症児が呼吸状態の悪化に陥りやすいため呼吸状態の観察を当然重要視していた。また、【変調はすぐ消化器症状にでる】というように重症であるがゆえに消化器症状が出現しやすい状態にあることも重要視していた。腸内菌叢の変動、低アルブミン血症、栄養不良から易感染になりやすく消化器症状がおりやすい(永江, 2022)、その上消化器症状の改善には時間を要し、体調の悪化に陥りやすいことが懸念される。さらに、医療的ケア児においては平成20年以降胃ろうを造設する児が急激に増加している(文部科学省, 2010)。胃ろうは経鼻栄養に比べ、管が太いことで食事をミキサーで潰し注入することができる。そのため、ミキサー食は在宅で作成するが注入のしやすさから、水分量が多くなり栄養低下の恐れなどが起こりやすい(鈴木ら, 2019)。注入内容、速度、時間など【注入量から体調を探る】<低血糖か><脱水症状か>探りこれらの症状が生じやすいことも医療的ケアが必要な重症児には特徴的な気づきの視点として抽出されていた。

また看護師達は、重症児を毎日ケアしている母親であるがゆえに僅かな変化を生活の流れから母親と共に【母親の疲労蓄積で影響する児の変調を探る】出し、【母親の視点も交え児の状態の全体を俯瞰し】ていた。重症児は、成長発達過程にあるため幼児期から学童期までは成長により機能が進歩し、就学後は体調が安定することも多い。しかし、7歳頃から成長に伴い側弯が進行し咽頭や食道の変形などから呼吸器や消化器にも機能低下がおり、二次的な合併症が生じて悪化する場合も少なくない(北住, 2022)(益田, 2021)。そのため母親や家族は「状態の変化から症状を見る視点が変わった時に情報が更新されにくい」「(母親は)機能が落ちていることを冷静に受け止めたくないし認めたくない」と<症状の示す意味に向き合えず>、気づきにくい状況にある。また、この頃は重症児の体調も安定してくることで学校行事への参加も増えてくる。さらに、きょうだいなどの入学やイベントが増える時期であり(市原, 下野, 関戸, 2016)、家族の「イベントとかライフサイクルとかを考えないといつもやれているからと見過ごしていけない」と<イベントに追われてずれていくケア>など在宅での生活背景を捉えることで察する体調異変の気づきがあった。これは、生活を見ている訪問看護師が主に気づく視点であったことから、学校看護師や放課後等デイサービスの看護師へも共有していくべき必要な視点であると考え。

重症児を取り巻く家族とその生活をも含めて、看護師

表2 重症心身障害児の体調変化への気づきの視点

カテゴリー	サブカテゴリー	代表コード
一見してわかる変調の兆し	ぐったりしてしんどそう	やたらと寝るか眠そう（逆に寝ている子が起きている） A,F
		ちょっとしんどくないか、明らかにちょっとしんどいねは見えて取れる C
	泣いて教えてくれる	人が来たり、違う音ではしゃぐのがグタツとしている D
		（泣ける子は）泣いて機嫌を教えてくれる C,D
	表情や顔色で察知する	オムツ替えても注入をしても抱っこしても何か訴えるような感じで泣く D,F,H
		脈が上がると苦痛顔に、表情はやっぱり苦痛顔になる B,E,D,H
		笑顔少なくなってきたりしている C,D,H
		顔色がちょっといつもと違うと思う C,E,F
	緊張が強くなる	何か顔色が白っぽいような、顔色が沈んでいる、顔色が黒っぽい、ほっぺたが赤い E,F,H
		（環境の変化も無いのに）緊張が強くなり体を反るのは何か異常がある B,D,F,G
緊張が上がって体温の変動もあってあと消化器系にくる D		
緊張が強いならば不快（不快が緊張を起こしている）の原因をさぐる D,H		
目が訴える情報を探る	緊張が強かったのか足がピンピンしてヘッドレストから頭が落ちている掛物がずれてる F,E	
	目が強い、弱い、目の輝き、開眼のし具合をみる D,E,G	
変調の兆しはまず心拍数を視る	人が話しかけたりした時に見ようとする目の力 D,E,F	
	発作の前は目がキョロキョロ動き出す E,F	
呼吸状態の悪化をまず痰から探る	苦痛の指標は喉の上昇とサーチレーション C,F,H	
	やっぱり喉が高いと何か苦痛を表現している B,E,H	
	呼吸器疾患の子は心疾患も多い B	
	引いても引いても痰が湧き出てくる A,C,E,H	
呼吸状態の変化を視る	痰は固くないか、気道の抵抗感はないか、痰が黄色くないか、汚くないか、においはどうか A,B,H	
	朝の痰の粘りを見て呼吸の問題なのか環境の問題なのか探る B	
	手がかりはまず痰からでサーチレーションが不安定になる D	
	サーチレーションは下がらなくても緊張や喘鳴く寝ていると帰宅するか悩む E	
変調はすぐ消化器症状にでる	いつもより呼吸がはやい B,C,F,G	
	呼吸の様式が変わるその変化を視る C	
	胃残が引ける H,	
	体調悪い時は絶対胃残渣物も引ける H,	
身体に触れてわかる変調の兆し	低体温の子は代謝が悪いので胃の残渣物が残る D,	
	注入した分だけ下痢になる B,C,F	
	便の臭いで診る C	
	便秘の臭いで診る C	
これまでの関わりでわかる児の微かな合図の変化	触るのは大事で変な汗かいてないか、冷えてないか F	
	汗、ジトとしていたりやつ B	
	身体に触って力の入り具合や身体が緊張しやすい E	
	抱っこして、触って探る B	
注入量から体調を探る	身体に触ってみて手足が冷たいか温かいかわゼロはないか B,F,G	
	肺炎や中耳炎で熱が出やすい子は早めに熱が出る H	
	なにかやせてる B	
	触れた時のおいで探る E,F	
母親の視点も交え児の状態の全体を俯瞰する	話しかけて反応を探る D,E,F	
	重症すぎず表情がないし笑うのも無いしすぐ苦しい顔をしているわけでもなくとも違いがわかる F	
	重い子の不機嫌はあまりない E,F	
	夏は熱がこもりやすいから低体温の子でも脱水になる H	
体温に隠れている変調を探る	飲めない、食べれない（注入も）、ぐったりしたら脱水かと C,D	
	食べられるかどうか C	
	すぐ低血糖におちいる D	
	この子の体調が良いとか悪いを熱だけで結び付けるのは難しい D	
母親の疲労蓄積で影響する児の変調を探る	熱発では衣類環境の調整をして解熱するか否かをまずみる D,H	
	炎症症状が高くても熱が出ない H	
	どこも冷たくてバイタルが取れないほど手が冷たい E	
	お母さんに確認しその子の複合的に起きてくる変化を捉える D	
母親の疲労蓄積で影響する児の変調を探る	母親と一緒に確認する C	
	母親に様子を確認してもらい感じたいことを伝える C	
	機嫌もいい、鼻水もない、ありとあらゆることをお母さんと確認し合いながら確認する C	
	お母さんに聞いて熱、呼吸の変化、いつもとどこが違うのか探る B	
母親の疲労蓄積で影響する児の変調を探る	母親に記憶を遡ってもらい探る B	
	一時的な原因での心拍上昇なのかいつからか遡って確認する B	
	夜はどうか、夜は眠れていたか、記録（ノート）を見る E	
	お母さんの毎日の流れのなかで、児がしんどくないかみる B,D	
この先の体調を鑑みまだ安心できない	吸引だとか注入のあり方でまだ大丈夫かと様子見ている B,D	
	大きくなったら無理しても頑張れるがちっちゃい子はやっぱりすぐ悪くなりやすい B	
	変調が長引く子に看護職は自分の中にか何か（これが出来なければ）という根拠とするデータももってるから無理せず様子を見る E,G	
	最初と最後の変化から判断した観察を母親に依頼する C	
余力（回復力）を見極める	これで活動すれば酸素を使いなりしんどくなる状況が想定できるときはそのままがいい C	
	一晩越せるかはよく判断する B	
	その日は無理に行けても次の日は休んだり長引いたりする C	
	このまま層でも良くならない C	
数値は大丈夫でも何か違う	数値は大丈夫、呼吸も何も引っかけりはないが何かいつもと違う気がする E	
	数値的問題ないが何となく今日は気になるからちょっと様子みよう（活動控えよう） D,E	

達は、少し先にある重症児の成長を鑑みて現状の体調を意識していた。

しかし、看護師達は体調の変化について、体調をギリギリで維持している重症児であるがゆえに【この先の体調を鑑みまだ安心できない】状態だと判断し、様子を見ながらさらなる推論に至っていた。

今回、在宅で過ごす安定した状態にある重症児を支える看護師達が、重症児が活動を継続できるかを判断する視点について調査し、それぞれの場で個別性のある重症児の異変を捉える看護師達の共有すべき気づきの視点が得られた。

Ⅶ. 研究の限界

重症児の状態には個別性があり、また児の覚醒状況も様々である。そのため、普段の基準をベースにすることの重要性を改めて確認した。しかし、今回の研究参加者はすべて看護師であるものの勤務場所毎の気づきの特徴を明らかにするには研究参加者数において限界があった。また今後は、教員や保育士など多職種への調査をすすめ多職種とも共有できる視点を探る必要がある。

Ⅷ. 結論

体調の変化を察知するための看護師達の気づきの視点は12個のカテゴリーが抽出された。【一見してわかる変調の兆し】【目が訴える情報を探る】【変調の兆しはまず心拍数を視る】【呼吸状態の悪化をまず痰から探る】【変調はすぐ消化器症状にでる】【身体に触れてわかる変調の兆し】【これまでの関わりでわかる児の微かな合図の変化】の7つのカテゴリーは感覚や今までの関わりの経験からわかる気づきの視点であり、【母親の視点も交え児の状態の全体を俯瞰する】【母親の疲労蓄積で影響する児の変調を探る】【注入力から体調を探る】【体温に隠れている変調を探る】の4つのカテゴリーは生活の背景から察知する気づきの視点であった。【この先の体調を鑑みまだ安心できない】は予知する感覚からの気づきの視点であった。看護師は重症児を取り巻く家族とその生活を含めて、少し先にある重症児の成長を鑑みて現状の体調を意識していた。

謝辞

本研究にご協力いただいた看護師の皆様へ御礼申し上げます。

本研究における開示すべき利益相反（COI）はありません。

本研究はJSPS 科研費 JP16K12305 の助成を受けたものです。

文献

- ・麻生幸三郎 (2016). 重症心身障害児の発生、ケアの基本がわかる重症心身障害児の看護, 東京:へるす出版, 30-38.
- ・市原真穂, 下野純平, 関戸好子 (2016). 超重症児とその家族の日常生活における家族マネジメント, 千葉科学大紀, 9, 99-107.
- ・石井光子 (2020). 千葉県における医療的ケア児者および重症心身障害児者の実態調査. 日小児会誌, 124 (11): 1649-1656.
- ・岸部峻 (2022). 見た目の異常, 子どもの訴えを見極めるナースのための小児フィジカルアセスメント (第1版), pp.4-5, 東京:金芳堂.
- ・北住映二 (2022). 合併障害の相互作用と, ライフサイクルにおける状態の変化. 重症心身障害/医療的ケア児者診療・看護実践マニュアル (改訂第2版), pp.10-11, 東京:診断と治療社.
- ・厚生労働省社会・援護局 (2020). 社会保障審議会障害者部会, 障害児等の現状について. <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000602806.pdf> (2020年3月参照)
- ・益田慎 (2021). 障害児の摂食嚥下障害に対する学校における対応. 日本耳鼻咽喉科学会会報, 124 (7) 1032-1034.
- ・文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 (2010). 平成22年度特別支援学校医療的ケア実施状況調査結果について. (2010年5月1日) https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afieldfile/2012/07/04/1306726_1.pdf, 2011 (2023年2月19日現在)
- ・文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 (2022). 令和3年度学校における医療的ケアに関する実態調査結果 (概要) 2022年7月 https://www.mext.go.jp/content/20220711-mxt_tokubetu01-000023938_3.pdf (2023年9月20日現在)
- ・永江彰子 (2022). 下痢, 重症心身障害/医療的ケア児者 診療・看護実践マニュアル (改訂第2版), pp.104-105, 東京:診断と治療社.
- ・日本救急医学学会他監修 (2023). 緊急度判定支援システム Japan Triage Acuity Scale ガイドブック, pp.44-46, 東京:へるす出版.
- ・西宮園美, 植木野裕実 (2021). 集中治療を受けてい

- る乳幼児をケアする看護師が『何か変』と察知する子どもの様相, 日本小児看護学会誌, 30, 107-114.
- 西山和孝 (2019). 総論トリアージー 院内トリアージを含めて. 小児内科, 51, 増刊号. 39-47.
 - 総務局 (2022). 人口統計, 統計トピックス. 2022.4 <https://www.stat.go.jp/data/jinsui/topics/topi1311.html#>
 - aI-1, 令和4年5月 (2022年6月19日参照)
 - 鈴木恭子, 八木桂子, 小林あゆみ, 矢本真也, 福本弘二, 渡邊誠司 (2019). ミキサー食のメリットと導入のポイント. 日本静脈経腸栄養学会雑誌, 34 (1), 20-29.
 - 山鳥重 (2018). 「気づく」とはどういうことか, 東京: 筑摩書房.

研究ノート

特別支援学校において養護教諭が行う
知的障がいのある高校生への保健教育の経験鈴木 愛¹⁾, 伊丹 君和²⁾, 米田 照美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 近年, 特別支援学校に在籍する児童生徒数は増加傾向にある。それに伴い, 特別支援教育の推進と特別支援学校の教員の専門性の向上が求められている。一方, 養護教諭はどの校種にも配属される可能性があり, 特に県立学校である高等学校と特別支援学校間の異動が多い現状がある。そこで, 特別支援学校と高等学校の両方を経験した養護教諭に, 知的障がいのある高校生への保健教育の経験について明らかにすることを目的に質的記述的研究を行った。その結果, 【特別支援学校という環境の中で, 生徒の生活行動に深く関わる】【障がいの特性を理解し, 生徒一人ひとりの「分かる」を知る】【生徒にとって身近である担任と指導前からの連携・協力を行う】【保護者や多職種の保健教育に関するニーズに応える】【曖昧な表現でない, 体験的な保健教育を試行錯誤する】【保健教育を繰り返し, 生徒の中に残す】【卒業後も生徒自身が身を守り生活していくことを目標にする】【障がいの幅が広く, 生徒が理解できる教え方やレベルの合わせ方が難しい】【養護教諭自身の指導力を育みたい】という9つのカテゴリーが明らかになった。

キーワード 特別支援学校, 養護教諭, 保健教育, 知的障がい, 高校生

I. 背景

特別支援学校に在籍する児童生徒数は年々増加傾向である。2000年は9万104人であったが, 2018年の調査では14万1944人であった(文部科学省, 2018)。

このような障がい児数の増加に伴い, 障がいの重度・重複化, 多様化も進んでおり, 一層きめ細やかな支援が求められている(内閣府, 2012)。特別支援学校は, 「様々な障害種に対応することができる体制づくりや, 学校間の連携などを一層進めていくことが重要である」(文部科学省, 2007)といわれており, 特別支援教育の推進と特別支援学校教員の専門性の向上が求められている。

養護教諭の職務は, 一般校と特別支援学校と同様であり, 「養護教諭の職務は, 学校教育法で『児童生徒の養護をつかさどる』と定められており, 昭和47年及び平成9年の保健体育審議会答申において主要な役割が示されている。それらを踏まえて, 現在, 救急処置, 健康診断, 疾病予防などの保健管理, 保健教育, 健康相談活動, 保健室経営, 保健組織活動などを行っている。」(中央教育審議会, 2008)と言われている。しかし, 特別支援教育の推進が求められる中で, 特別支援学校の養護教諭の専門性の向上も必要であると考えられる。

過去の文献より, 知的障がいのある生徒に対しては, 指導に知的な理解を要することや教材の少なさが原因で, 保健教育を行う困難度が高いと明らかにされていた。しかし, 知的障がいのある高校生に対して, どのような指導を行い, そこで生じた困難と課題はなにかという研究は少なく(石原, 伊丹, 米田, 2022), 養護教諭の保健教育に関する経験について, さらに研究を行っていく必要があると考える。

Experience in health education for high school students with intellectual disabilities conducted by a yogo teacher at a special needs school

Ai Suzuki¹⁾, Kimiwa Itami²⁾, Terumi Yoneda²⁾

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

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

2023年9月30日受付, 2024年2024年1月22日受理

連絡先: 伊丹 君和

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町 2500

電 話: 0749-28-8650

F A X: 0749-28-9518

e-mail: k-itami@nurse.usp.ac.jp

また、養護教諭はどの校種にも配属される可能性があり、特に県立学校である高等学校と特別支援学校間の異動が多い現状がある。松村（2014）は、「特別支援学校の養護教諭の職務について知ることは、一般校における特別支援教育の推進や健康観察・健康相談や健康診断などの学校保健活動の進め方に関する養護教諭の役割について考える契機になる」と述べている。すなわち、特別支援学校において、学校保健活動の一つである保健教育について明らかにすることは一般校における特別支援教育の推進につながると考える。そこで、特別支援学校と高等学校の両方を経験した養護教諭に、知的障がいのある高校生への保健教育の経験について明らかにすることで、特別支援教育の推進と養護教諭の専門性の向上への示唆を得ることができると考える。

Ⅱ. 目的

特別支援学校と高等学校の両方を経験した養護教諭の、知的障がいのある高校生への保健教育の経験を明らかにする。

Ⅲ. 用語の定義

経験：実際に見たり、聞いたり、行ったりすること。それによって得られた知識や技能、感情、考えも含む。

知的障がいのある生徒：知的障がい者である生徒に対する教育を行う特別支援学校に通う生徒とする。生徒の診断名に、発達障がい診断はなくとも発達障がいの特徴のある生徒が多くいるため、発達障がいの有無は考慮しない。

保健教育：保健体育科の内容である保健学習、特別活動や個別指導などの保健指導、啓発活動を指す。個別指導、集団指導、グループ指導を含める。

Ⅳ. 方法

A. 研究デザイン

本研究の研究デザインは、質的記述的研究である。

B. 研究対象者

特別支援学校と高等学校を各3年以上の経験がある養護教諭9名を対象とする。養護教諭は、県立学校である特別支援学校と公立高等学校を異動することが多い。よって、一般高等学校との指導の違いを含めて、知的障がいのある高校生へ指導した経験を聞くため、指導の対象を高校生とする。

C. 調査期間

研究対象者へのインタビューは2021年12月～2022年6月に実施した。

D. データ収集方法

X県内の特別支援学校と高等学校の学校長に対して、本研究の趣旨を文書で説明し、本研究に合う養護教諭の紹介を依頼した。学校長より紹介を受けた対象者に、本研究の趣旨を書面と口頭で説明し、同意を得た。地域の公民館やZOOMのビデオ通話にて、インタビューガイドを用いて、半構造化自由回答法によるインタビューを実施した。対象者の同意を得てインタビュー内容をICレコーダーに録音およびメモに記録した。

E. データ分析方法

得られたデータはすべて逐語録とした。逐語録を文章で区切り、意味のあるまとまりごとでコード化した。各コードを検討し、類似性あるいは相違性により分類し、サブカテゴリーとした。サブカテゴリーの関係性からカテゴリーを抽出し、カテゴリー間の関連を分析し、事例による共通点や相違点の発見など、さらに分析を深めた。分析にはうえの式質的分析法（上野，2017）に則って分析を進めた。

データ分析の過程において、質的研究を熟知した研究指導教員からのスーパーバイズを受け、カテゴリー名・サブカテゴリー名が適切であるかの確認・検討を行い、信憑性を高めた。さらに、カテゴリー、サブカテゴリーを抽出した段階で、研究参加者3名に結果の妥当性の確認を行った。

F. 倫理的配慮

研究の実施は、公立大学法人滋賀県立大学研究における人を対象とした研究倫理審査委員会の審査と承認（第851号）を得て実施した。文書並びに口頭で研究の趣旨、目的、方法、研究参加・辞退の自由、辞退した場合に何らかの不利益を被ることはないこと、個人情報への遵守、データの匿名化と管理方法、研究結果の公表方法について対象者へ説明した。また、公民館で行う際は、個室を用意し、個人情報を遵守した。書面にて同意を得た上でインタビューを行った。

Ⅴ. 結果

A. 対象者の属性

研究対象者の属性を表1に示す。研究対象者は9名の女性養護教諭で、高等学校での勤務年数6～27年、特別支援学校での勤務年数3～12年、養護教諭としての経験年数は10～34年、平均19.2年であった。

B. 分析結果の概要

「特別支援学校において養護教諭が行う知的障がいの

表 1 対象者の概要

対象者	年齢	養護教諭の経験年数			看護師資格の有無	異動	インタビュー時間
		計(年)	特(年)	高(年)			
A	30歳代	14	6	8	○	特→高	49分
B	40歳代	20	12	7		高→特	78分
C	40歳代	17	9	8	○	高→特→高	52分
D	30歳代	13	6	6	○	高→中→特	47分
E	30歳代	16	4	12		高→特	53分
F	30歳代	10	3	7		高→特→高	53分
G	50歳代	34	7	27		高→特→高	54分
H	30歳代	16	5	11	○	特→高	60分
I	50歳代	34	8	25		高→特→高	54分

高：高等学校，特：特別支援学校

ある高校生への保健教育の経験」について、インタビュー内容を分析した結果、220コード、41サブカテゴリー、9カテゴリーに分類された。なお、記述にあたっては、カテゴリーを【】、サブカテゴリーを〈〉で示した。カテゴリー生成の根拠となった語りの一例を「斜体」で示した。カテゴリー一覧は表2に示した。

C. 特別支援学校において養護教諭が行う知的障がいのある高校生への保健教育の経験

特別支援学校には、生活単元学習等の教育課程があり、【特別支援学校という環境の中で、生徒の生活行動に深く関わる】という、生活に関わる保健教育が生徒に定着させやすい特徴があった。

養護教諭は、普段の生徒との関わりの中から生徒の理解度を高めるように努めるなど、【障がいの特性を理解し、生徒一人ひとりの「分かる」を知る】ことをしていた。また、【生徒にとって身近である担任と指導前から

の連携・協力をを行う】ことで、生徒の理解度やニーズを捉えていた。学校内外との連携を大切にしており、【保護者や多職種の保健教育に関するニーズに応える】ことを行っていた。担任や多職種、保護者との連携をすることで得た、生徒の保健教育のニーズに対して保健教育を行っていた。

【障がいの特性を理解し、生徒一人ひとりの「分かる」を知る】ことで得た生徒一人ひとりのニーズや理解度の特徴に応じて、【曖昧な表現でない、体験的な保健教育を試行錯誤する】を行っていた。さらに、【保健教育を繰り返す、生徒の中に残す】ことをしていた。また、高校生は卒業後に保健教育を受ける機会が少なくなるため、【卒業後も生徒自身が身を守り生活していくことを目標にする】ことを意識していた。

以上のように、保健教育を行った養護教諭は、生徒の理解度に幅があることや、生徒の反応の手ごたえが感じ

表2 特別支援学校において養護教諭が行う知的障がいのある高校生への保健教育の経験

カテゴリー	サブカテゴリー
特別支援学校という環境の中で、生徒の生活行動に深く関わる	特別支援学校の保健室に対する「大事にしてくれている感」があった。
	高等学校と特別支援学校では生徒の保健教育に対するニーズが異なる。
	特別支援学校の教員は、生徒の生活行動も含めて関わるため、生徒に対する保健教育が定着させやすい。
	養護教諭が複数配置だと保健教育をする余裕ができる。 高等学校よりも特別支援学校は保健教育をする時間がある。
障がいの特性を理解し、生徒一人ひとりの「分かる」を知る	健康診断や怪我の処置などの場面で、生徒の理解度を情報収集した。
	指導の回数や年数を重ね、生徒を理解できると生徒に合った指導ができる。
	指導の内容を生徒自身の言葉で説明させることで理解しているか確認した。
	指導の内容を生徒自身の言葉で説明させることで理解しているか確認した。 教育課程に応じたクラス毎の発達段階や障がい特性に合わせた指導を行う。
生徒にとって身近である担任と指導前からの連携・協力を行う	特別支援学校の生徒は、担任との距離が近く、生徒が担任に何でも打ち明けることから、健康問題が明らかになりやすい。
	生徒にとって身近である担任の力は大きく、連携・協力することが不可欠だと感じた。
	保健教育に対する担任の理解・協力を得るための担任への働きかけをした。
	担任や他の教員がチームティーチングでの指導の際に担任が授業の盛り上げや補足やフォローをするなどと協力的であった。 生徒をよく知る担任と事前に指導の相談をした。
保護者や多職種の保健教育に関するニーズに応える	特別支援学校の生徒は、生活行動の自立が難しいことが多いため、保護者への啓発を行い、保護者の理解を得る工夫をした。
	病院への抵抗が強い生徒もいるため、学校医等と協力した。
	特別支援学校では担任・管理職・保健主事等との連携・協力が不可欠だと感じた。
	教員との関係作りを努力して、保健教育につなげた。
	教員や保護者からのニーズをつかむことがスタートだと考えた。 保健教育の時期を決めて年間行事に組み込み、教員に周知した。 教員に対して資料や教材の提供を行い、保健教育を行いやすい環境を作った。
曖昧な表現でない、体験的な保健教育を試行錯誤する	特別支援学校では特に「多くの生徒に分かるような内容」の指導を心がけた。
	知的障がいがあることを踏まえた指導を考えなければいけない。
	写真やアニメーション、具体的な数字を入れることで「言葉の説明よりも目で見て分かる指導」を心がけた。 焦点を絞り、曖昧な表現でなく、言葉を選びながら指導を行った。

曖昧な表現でない、体験的な保健教育を試行錯誤する	保健教育の内容が自分のこととして捉えられるように、身近な話をするように心がける。
	体験的な保健教育をする。
	インパクトを与え、興味を持たせる。
保健教育を繰り返し、生徒の中に残す	特別支援学校の生徒は繰り返し指導する必要がある。
	短時間の指導を繰り返し行った。
	事後指導や前回の授業の振り返りを行った。
卒業後も生徒自身が身を守り生活していくことを目標にする	卒業後に「自分の身を守るように」生活していける保健教育の知識を教えられるとよい。
	卒業後は保健教育を受ける機会がないため、念入りに保健教育を行った。
障がいの幅が広く、生徒が理解できる教え方やレベルの合わせ方が難しい	指導方法のメリットを理解しつつも、特別支援学校でその指導を行うことの困難さを感じた。
	特別支援学校は高等学校よりも、生徒の知的理解度や障がいの幅が広く、どこに授業のレベルを合わせるかが難しい。
	生徒が理解できているか、指導をしても手応えが感じられなかった。
	高等学校から異動したため、話し方や言葉遣いが一転し戸惑った。
養護教諭自身の指導力を育みたい	既存の資料をそのまま使うことが難しい。
	特別支援学校や生徒について教えてくれる人やマニュアルがあるとよい。
	特別支援学校の養護教諭が集まる場が多くあるとよい。

にくいことから【障がいの幅が広く、生徒が理解できる教え方やレベルの合わせ方が難しい】と感じており、障がいのある生徒への保健教育の方法を知りたいという思いや、特別支援学校で初めて働く際に特別支援学校の制度や仕組みを養護教諭に教える人を望むなど【養護教諭自身の指導力を育みたい】と感じていた。以下、この9つのカテゴリについて詳細を述べる。

1. 【特別支援学校という環境の中で、生徒の生活行動に深く関わる】

このカテゴリは、5つのサブカテゴリから構成された。

a. 〈特別支援学校の保健室に対する「大事にしてくれている感」があった。〉は、A氏、E氏、H氏、I氏の語りから構成された。「みんな温かい方たちばかりで、なんかすごく受け入れてくださって、ちょっと廊下通ると教室の中に入れてくださったりとか、声かけてくださったりしたので、それはすごく入りやすいなって思っていました。結構、自分から入るのは勇気があるので、それが良かったなと思います。(I氏)」という、養護教諭に対する教員の受け入れ態勢があったことが語られた。

b. 〈高等学校と特別支援学校では生徒の保健教育に対するニーズが異なる。〉は、E氏、I氏の語りから構成さ

れた。「(高等学校では) 悩みが多いとか、心に抱えている子が結構保健室に行くから生徒指導に入るしみたいな感じなので、もう本当に大前提が違うなどは特支に来て思いました。(E氏)」と語り、特別支援学校と高等学校では、生徒のニーズが異なると感じていた。

c. 〈特別支援学校の教員は、生徒の生活行動も含めて関わられるため、生徒に対する保健教育が定着させやすい。〉は、A氏、H氏、I氏の語りから構成された。「高校とかだと、歯磨きするしないは本人に任せてあるところもあるし、そこまで先生たちがそこまで関われない。けど、特支だと生活も含めて先生たちが関わられるので、指導をより定着させるのにはいいのかなと思っていて。(A氏)」と語り、生徒の日常生活を含めて関わられるため、日常生活に関わる保健教育の定着がさせやすいと感じていた。

d. 〈養護教諭が複数配置だと保健教育をする余裕ができる。〉はA氏、E氏、I氏の語りから構成された。「(養護教諭が) 2人いれば(保健室にいる養護教諭が) ゼロになることはないなあとと思うと、(保健教育の) やりやすさはある気がします。(E氏)」と語り、複数配置による保健教育のしやすさを感じていた。

e. 〈高等学校よりも特別支援学校は保健教育をする時

間がある。)は、C氏、D氏、F氏、G氏、H氏、I氏の語りから構成された。「高校で保健指導をやると思うと、すごく難しいなということ、特別支援から高校に行って一番感じました。(H氏)」という、授業の時間割が決まっている高等学校に比べて、教育課程が異なることから、保健教育の時間の確保のしやすさを感じていた。

2. 【障がいの特性を理解し、生徒一人ひとりの「分かる」を知る】

このカテゴリーは、5つのサブカテゴリーから構成された。

a. 〈健康診断や怪我の処置などの場面で、生徒の理解度を情報収集した。〉は、A氏、C氏、G氏、の語りから構成された。「その子たちと関わっていると、『これ伝わるな』とか『これ伝わらないな』とか、『この子これ見せた方が分かるな』とか、『この説明分かってくれるんやな』とか... 健康診断の関わりジェスチャーの理解とか、そういうのでなんとなくわかってきて。(C氏)」と語り、普段の関わりや健康診断での関わりなどから、生徒の特徴や、どのくらいの理解度があるかという情報収集をしていた。

b. 〈指導の回数や年数を重ね、生徒を理解できると生徒に合った指導ができる。〉は、A氏、C氏の語りから構成された。「だんだん年数を重ねるうちに(生徒のことを)理解することができたので、その子たちに合った指導がだんだんできるようになったかなあと思います。生徒理解ができたからかな。(A氏)」と語り、指導を重ねるごとに指導内容や指導方法を改善していた。

c. 〈指導の内容を生徒自身の言葉で説明させることで理解しているか確認した。〉は、D氏の語りから構成された。「『じゃあ今のところもう一回話してみよう』って聞いたりして、そうすると微妙に違うこと言ったりして。(D氏)」と語り、生徒に問いかけ、その反応から指導内容を理解できているかを確認していた。

d. 〈特別支援学校は1クラスの人数が少ないため、個別の生徒に合った指導がしやすく、反応も見やすかった。〉は、C氏、H氏の語りから構成された。「やっぱり、1クラスに8人もしくは15人に対して指導するか、1クラス40何人に対して指導するかってなると反応とかが見やすいのは少人数かなと思います。(C氏)」と語り、少人数に対する指導に対する授業のしやすさを感じていた。

e. 〈教育課程に応じたクラス毎の発達段階や障がい特性に合わせた指導を行う。〉は、A氏、C氏、D氏、E氏の語りから構成された。「同じ学年でも同じ高等部でも、またその時の年度によっても内容は変えて、じゃあこの子たちにはこれをしよう、この子たちにはこれしようとかってやっていました。(C氏)」と語り、同じ学年でもそれぞれの生徒の発達段階によって必要な保健教育

をすることをしていた。

3. 【生徒にとって身近である担任と指導前からの連携・協力を行う】

このカテゴリーは、5つのサブカテゴリーから構成された。

a. 〈特別支援学校の生徒は、担任との距離が近く、生徒が担任に何でも打ち明けることから、健康問題が明らかになりやすい。〉は、B氏、D氏の語りから構成された。保健教育をするきっかけとして、SNS関係での性教育を行った経験のある養護教諭は、「問題が発覚した経緯は、意外と特支の子達って担任の先生に何でも見せるから、それで『えっ』て、それを本人達は問題って思っていない。《中略》(性的な健康問題があったことを)確認というか確認を得て、『これはいかな』っていうふうになったりですね。(D氏)」と、担任が生徒の身近な存在であることから、健康課題が発見されやすく、その発覚した健康問題に対する保健教育を行っていた。

b. 〈生徒にとって身近である担任の力は大きく、連携・協力することが不可欠だと感じた。〉は、A氏、F氏、G氏の語りから構成された。「やっぱり自分1人では、ちょっと難しいことが多かったので、担任の先生を含め、誰かの協力を得ることでうまくというか、できたかなっていったことがありました。(F氏)」と語り、担任との連携・協力の重要性を感じていた。

c. 〈保健教育に対する担任の理解・協力を得るための担任への働きかけをした。〉は、A氏、D氏、E氏、F氏、G氏の語りから構成された。「まずその先生との関係を作ることからやね。《中略》やっぱり自分からどんどん働きかけていった方が、子どものことを知れるいい機会だなって思いました。(G氏)」と語り、養護教諭自身が普段から担任との関係作り努めていた。

d. 〈担任や他の教員がティームティーチングでの指導の際に担任が授業の盛り上げや補足やフォローをするなどと協力的であった。〉は、A氏、C氏、D氏、G氏、H氏、I氏の語りから構成された。「多くの先生たちがとても協力的だなとは思いますが、すごくその授業を盛り上げてくれたりとか、一緒にやってくれたりとか、配慮が必要な子には必ず途中で補足を入れてくれたりとかっていうことをしてくれる。(D氏)」と語り、担任や副担任に協力してもらいながら保健教育を行っていた。

e. 〈生徒をよく知る担任と事前に指導の相談をした。〉は、B氏、C氏、D氏、F氏、G氏、H氏、I氏の語りから構成された。「先生がどういうことを教えたいかという目的とか課題とか、あとやっぱり(人数が)少ないので、その子どもたちの特徴、こういう言い方をしたらこの子は分かるけど、この子は分からないかなっていうような、そういう子どもの特徴とかは、すごく教えてもらいました。(G氏)」と語り、事前に生徒の理解度を詳

しく聞くなどの授業準備をしていた。

4.【保護者や多職種の保健教育に関するニーズに応える】

このカテゴリーは7つのサブカテゴリーから構成された。

a.〈特別支援学校の生徒は、生活行動の自立が難しいことが多いため、保護者への啓発を行い、保護者の理解を得る工夫をした。〉は、A氏、B氏、F氏、H氏の語りから構成された。「保健便りとかで、こんなことしましたっていうのを載せて作ったり。割と特支だと保健便りを保護者も見ると。高校とかだと保健便り、「ぼい」(捨てたり)とか、自分たちで見て終わりなのかもしれないけど。特支だと、保健便りが保護者の目にいきやすい。(A氏)」と、特別支援学校での保健便りの有効性も語られた。

b.〈病院への抵抗が強い生徒もいるため、学校医等と協力した。〉は、A氏、F氏の語りから構成された。歯科衛生士とも連携・協力して歯科指導を行った経験がある対象者は、「専門の先生から話を聞くことで、先生たちもすごくよく聞いてくださっているし、子どもたちも特に(知的に)高い方の子たちは、「スペシャルゲストです」みたいな感じで入ってこられると、食い入るように見てくれたかなと思うことがありました。(F氏)」と、学校外との協力がもたらす生徒への好影響を語った。

c.〈特別支援学校では担任・管理職・保健主事等との連携・協力が不可欠だと感じた。〉は、A氏、E氏、F氏の語りから構成された。「A学校で(歯科指導を)始めるとき、保健主事の先生に相談したりとか、保健主事の先生が結構強いというか、影響力があるので、なんでも保健主事・部主事って感じでした。なんでも相談して。(A氏)」などと、保健主事や学部主事の影響力の強さと、相談の必要性を語り、学校内の教員と連携・協力して保健教育を行っていた。

d.〈教員との関係作りを努力して、保健教育につなげた。〉は、B氏、E氏、G氏、H氏の語りから構成された。「単発で終わらせたくないなって思いがあったので、そのためには私がうるさく言うというか、『また継続していきたいです。』とかこっちから働きかけないことには、これは単発で終わってしまうと思ったので、『ちょっと時間ありませんか。』とかちょっとお願いを、話しやすい先生にお願いをして、そこから輪を広げていったっていうのがあります。(H氏)」と語り、教員に積極的に声をかけるように努めていた。

e.〈教員や保護者からのニーズをつかむことがスタートだと考えた。〉は、B氏、E氏、G氏、I氏の語りから構成された。「生徒の様子とか生徒のニーズをつかんでないと、独りよがりの(保健教育になる)。それはどの学校でもそうだけど、特に知的は、知的っていうか特別支援は、そこを敏感にこっちが察知しないと(いけない)。(B氏)」など、保健教育をする際、教員や保護者からの

ニーズをつかむことが必要だと語った。

f.〈保健教育の時期を決めて年間行事に組み込み、教員に周知した。〉はA氏、E氏、H氏の語りから構成された。「歯科指導自体が行事になっていて、この時期は保健室から歯科指導するみたいな。職員会議で提案して、日程を組んで、この時間は空けて使わせてくださいみたいな。(A氏)」と語り、保健教育を年間行事として組み込むことや、職員会議での周知をしていた。

g.〈教員に対して資料や教材の提供を行い、保健教育を行いやすい環境を作った。〉は、D氏、E氏の語りから構成された。「自分が(保健教育の授業に)入っていかなくても、例えば『資料の提供できますよ』とか『こういう資料保健室にあるよ』とか、『事前に言ってくださいれば探しますよ』って言う感じのことを、部会だったりとか、職員会議とか。言う機会がなければインフォメーションとかで、新しい教材とか資料とかが入ったら、『こういうのありますよ。よかったらご活用ください』って流しちゃうとかってすると、『見せてほしいよ』とか『今度こういう授業やろうと思うんだけど、いい教材ないかな』とか、個別指導だったら『こういう子がいてちょっと困ってるんだけど、ちょっと協力してほしいな』って言う感じで、言ってくれたりとかする。(D氏)」と語り、保健教育に関する資料の提供をすることに努め、教員が保健教育をしやすいような働きかけを行っていた。

5.【曖昧な表現でない、体験的な保健教育を試行錯誤する】

このカテゴリーは、7つのサブカテゴリーから構成された。

a.〈特別支援学校では特に「多くの生徒に分かるような内容」の指導を心がけた。〉は、A氏の語りから構成された。「(特に特別支援学校だと同じ学年でも一人ひとり違うため)、その中でも多くの生徒にわかるような内容でと思っていた。(A氏)」と語り、多くの生徒に分かる内容の保健教育をするように心がけていた。

b.〈知的障がいがあることを踏まえた指導を考えなければいけない。〉は、A氏、B氏、C氏、F氏、H氏の語りから構成された。人との距離感の授業をしたB氏は、「知的の子の特性というか。普通の高校だったら「病院はいいよ」なんて言わなくても分かるやんね。(B氏)」と語り、他人に身体を見せないことを指導する際に、一概に絶対に見せてはいけないのではなく、病院や検診のときは見せてもよいことなど、生徒への細かな配慮を行っていた。

c.〈写真やアニメーション、具体的な数字を入れることで「言葉の説明よりも目で見て分かる指導」を心がけた。〉は、A氏、B氏、C氏、D氏、E氏、F氏、H氏、I氏の語りから構成された。「言葉でどんだけ説明するよりも目で見てわかるっていうことを気をつけてまし

た。(C氏)」と語り、目で見て分かる指導のために工夫を行っていた。

d.〈焦点を絞る、曖昧な表現でなく、言葉を選びながら指導を行った。〉は、B氏、C氏、D氏、H氏の語りから構成された。「『しっかり』とか、そういう曖昧な表現をちょっと避けたいなっていう思って、3分3回とか、子どもたちが感覚じゃなくて、時計を見て、みんな一緒にできるようにっていう言い方とかもちょっと考えてました。ちょっと意識してました。(H氏)」と語り、言葉選びの配慮や工夫を行っていた。

e.〈保健教育の内容が自分のこととして捉えられるように、身近な話をするように心がける。〉は、D氏、F氏、H氏の語りから構成された。「自分のこととして捉えられるように、できるだけ身近な話でっていうことは気をつけていました。(D氏)」と語り、生徒自身の生活と保健教育がつながるように工夫していた。

f.〈体験的な保健教育をする。〉は、B氏、C氏、E氏の語りから構成された。「体験的に伝わる方法っていうのをとってました。『手を洗うと汚れが落ちるんだよ』って言われても『それってじゃあ実際にどうやって落ちるの』とか『綺麗になるの』とかが分からないので、手洗いで言えば、手がブラックライトで光る液を使ってみたりとか。(C氏)」と語り、生徒が実際に体験をするような保健教育の工夫を行っていた。

g.〈インパクトを与え、興味を持たせる。〉は、B氏、F氏、G氏の語りから構成され、「すごく楽しいの要素も入れて、表現の仕方もいろんな道具を使っていろいろ工夫してやったという記憶があります。(G氏)」と語り、生徒が楽しいと思えるような表現の仕方や教材を工夫することをしていた。

6.【保健教育を繰り返し、生徒の中に残す】

このカテゴリーは、3つのサブカテゴリーから構成された。

a.〈特別支援学校の生徒は繰り返し指導する必要がある。〉は、D氏、F氏の語りから構成された。「特支の子たち、やっぱり繰り返しずっと、本当に小学部、中学部、高等部って過ぎていくけど、やっぱりずっと繰り返しやっていくことが、本当に大事ななと思いました。(F氏)」と語り、繰り返し指導することの必要性を感じていた。

b.〈短時間の指導を繰り返し行った。〉は、D氏、F氏の語りから構成された。「その(情報モラルと性教育)ときは1週間に1回。短時間でも繰り返すということをやっていました。まあそれが上手くいったかどうかは分かりませんが、少しは、生徒の中に何かしら残っているといいなとは思っています。(D氏)」と語り、休み時間などの短い時間などを利用して繰り返し保健教育を行った経験があった。

c.〈事後指導や前回の授業の振り返りを行った。〉は、C氏、D氏、H氏の語りから構成された。「定期的に、昼休みに歯磨きの様子を回るようにしていましたし、その後も何回かもう1回染め出しをして、あれから赤くなるところがどういふふうに変ったか定期的にチェックしていました。(H氏)」と語り、事後指導を行っていた。

7.【卒業後も生徒自身が身を守り生活していくことを目標にする】

このカテゴリーは2つのサブカテゴリーから構成された。

a.〈卒業後に「自分の身を守れるように」生活している保健教育の知識を教えられるとよい。〉はD氏の語りから構成された。「特に高等部のお子さんなので、何年かしたら社会に出ちゃう。そうすると、そういう指導を受ける機会もないから、もう、せめてこれだけは、せめて自分の身を守れるようにっていうふうに、それを目標にやってみました。(D氏)」と語り、卒業後に自分の身を守れるような保健教育を行っていた。

b.〈卒業後は保健教育を受ける機会がないため、念入りに保健教育を行った。〉はF氏の語りから構成された。「高3だけは、もう卒業前ということで、この先なかなかそういう指導、受けることもなくなっちゃうので、高3は特に念入りにということで歯科医師さんに来ていただいているという経緯はありました。(F氏)」と語り、卒業後に保健教育を受けられない最後の教育機関として念入りに保健教育を行っていた。

8.【障がいの幅が広く、生徒が理解できる教え方やレベルの合わせ方が難しい】

このカテゴリーは5つのサブカテゴリーから構成された。

a.〈指導方法のメリットを理解しつつも、特別支援学校でその指導を行うことの困難さを感じた。〉は、A氏、H氏の語りから構成された。「フッ素洗口が流行りだして、A学校にいたときに始めたんだけど、10年くらい前に歯科医さんが勧めてきて、それもなかなか難しくって。立ち上げていうか、(周囲の)理解を得てっていうか。特に特支の子は自分でケアすることも難しいし、フッ素洗口が習慣化してできるようになったら確かに歯科衛生上いいなっていうのは理解できたけど。(A氏)」と語り、知的障がいがある上で、生徒が実施できるかを考えており、困難さを感じていた。

b.〈特別支援学校は高等学校よりも、生徒の知的理解度や障がいの幅が広く、どこに授業のレベルを合わせるかが難しい。〉は、A氏、D氏、I氏の語りから構成された。「すごい、もうそこ(どこに授業のレベルを合わせるか)が多分1番困難を極めるところですよ。(I氏)」や、「発達段階によって違うし、特に特別支援学校だと同じ学年でも一人ひとり違うので、どこに合わせるかがすごい難

しいと思う。(A氏)」と語り、どこに授業のレベルを合わせるかに困難を感じていた。

c. 〈生徒が理解できているか、指導をしても手応えが感じられなかった。〉は、D氏、F氏、H氏の語りから構成された。「(高等学校では) プリントを書かせて、今日の授業を受けて思ったこととか、考えたこととかというのを、普通の高校の子たちはバーッと書くじゃないですか。自分の書いてほしいような答えが、その感想とかに書いてあれば、ここまで理解できたんだとか、ちゃんと分かったんだなどというのが、すごく感じられました。特別支援学校の方はそれがやっぱり難しい。書ける子ばかりじゃないし、それからやっぱり忘れっぽいですよ。知的な子たちもだし、発達障がいの子たちもそうですけど。(F氏)」などと、生徒が理解しているのかが目に見えて分からないため、手応えを感じられず、困難を感じていた。

d. 〈高等学校から異動したため、話し方や言葉遣いが一転し戸惑った。〉は、F氏の語りから構成された。「最初、高校に、私がいたので、特別支援学校に来て、もうなんか子どもへの接し方とか、話し方、言葉遣い、全部、一転しませんか？全然、違いますか？なんかこの、なんかテンションとか、なんかもう最初、本当、どうやって話していいかも分かんなかった。(F氏)」と語り、高等学校から特別支援学校に異動した際に衝撃を受けた。

e. 〈既存の資料をそのまま使うことが難しい。〉のサブカテゴリーは、D氏、E氏、H氏の語りから構成された。「今年はこれとしたらどの学年もそれでいける感じなのが高校かなという感じ。特支はたぶん、ちょっとそれ(どの学年にも同じことをする)は難しいのかなあと思っていて。(E氏)」と語り、知的理解度や障がいの幅が広く、毎年同じ教材を使用できないことや、知的障がいのある生徒への保健教育の教材の少なさを感じていた。

9. 【養護教諭自身の指導力を育みたい】

このカテゴリーは2つのサブカテゴリーから構成された。

a. 〈特別支援学校や生徒について教えてくれる人やマニュアルがあるとよい。〉のサブカテゴリーは、A氏、B氏、D氏、F氏の語りから構成された。「特支から現在の高校に転勤が決まったとき、3月の転任者説明会で『F高校 指導ヒント集』というものが配られました。これは、本校の生徒が少し大変なので…転勤してきた先生方が生徒対応に戸惑ったり、指導に行き詰まったりすることのないよう、本校の先生方で実践してよかった指導方法や生徒との距離を縮めるコツ、注意することなどを載せてヒント集を作っています。実際私も、転勤したての頃はどんな生徒がいるのか不安でいっぱいだったのですが、このヒント集を見て少しシミュレーションができました。特支にも、初めて特支で勤務する先生用にヒ

ント集(特支用語の説明や生の先生たちの声・アドバイス)があると少しは心強いかもしれません。(F氏)」と語り、特別支援学校の仕組みや指導方法や生徒について知る研修機会や指導員、マニュアルなどのツールがあるとよいと感じていた。

b. 〈特別支援学校の養護教諭が集まる場が多くあるとよい。〉のサブカテゴリーは、B氏の語りから構成された。「特支だけの(養護教諭部)会は年に一回だけなので会を増やしてほしい。(B氏)」といった声も見られた。

VI. 考 察

A. 知的障がいのある高校生への個に応じた保健教育の特徴

1. 担任と連携・協力しながら行う保健教育

特別支援学校では、教員1人に対する生徒の人数が高等学校よりも少ないことから、生徒の日常に深く関わると考える。〈特別支援学校の生徒は、担任との距離が近く、生徒が担任に何でも打ち明けることから、健康問題が明らかになりやすい。〉ことから、健康問題の解決に向けて、保健教育をする必要があると考えられる。また、〈生徒にとって身近である担任の力は大きく、連携・協力することが不可欠だと感じた。〉ことが明らかになった。

さらに、〈担任や他の教員がチームティーチングでの指導の際に担任が授業の盛り上げや補足やフォローをするなどと協力的であった。〉ことから、普段の授業の様子を知っている担任や他の教員が、保健教育にチームティーチングと一緒に授業をすることで、生徒が理解できるように保健教育のフォローを行っていたことが明らかになった。そのように担任や他の教員との保健教育での協力・連携することで、生徒の個に応じた指導を行うことができたと考えられる。

以上のことから、養護教諭は担任と密に授業の打ち合わせをすることは、生徒が理解できる授業につながると考えられ、生徒にとって身近である存在の担任と連携・協力をする重要性が示唆された。

2. 生徒が理解できる保健教育のための工夫

養護教諭は、【障がいの特性を理解し、生徒一人ひとりの「分かる」を知る】ことを行い、【曖昧な表現でない、体験的な保健教育を試行錯誤する】ことで生徒が理解できる授業の工夫をしていた。特別支援学校では、「抽象的な指導内容よりも、実際的な生活場面の中で、具体的に思考や判断、表現できるようにする指導が効果的である」(文部科学省、2020)といわれており、養護教諭が行った〈体験的な保健教育をする〉ことと一致していた。体験的な学びができるように工夫をする必要があると考える。

また、高校生という最後の教育機関であることが多いため、【卒業後も生徒自身が身を守り生活していくことを目標にする】ことをしていた。一方で、知的障がいのある生徒は、「学習によって得た知識技能が断片的になりやすく、実際の生活の場で応用されにくい。」(文部科学省, 2020) という特徴がある。そのため、養護教諭は【曖昧な表現でない、体験的な保健教育を試行錯誤する】や〈保健教育の内容が自分のこととして捉えられるように、身近な話をするように心がける。〉ことをしており、このことは、生徒が実際の生活の場で応用できるように工夫していたと考えられる。

また、〈特別支援学校は高等学校よりも、生徒の知的理解度や障がいの幅が広く、どこに授業のレベルを合わせるかが難しい。〉ことがあり、特別支援学校では、指導内容は個に応じて変化するため、同一の指導ができない。知的理解度や障がいの幅が広く、〈既存の資料をそのまま使うことが難しい。〉ことから、個に応じた指導をするための配慮や工夫が必要であり、指導準備に時間を要すると考えられる。

B. 特別支援学校における養護教諭が行う保健教育環境の特徴

学校内の連携協力に関して、各学部に高等学校にはない「部主事」という管理職がいることも特徴的である。また、医療的ケアを必要とする生徒が多くいることや、基礎疾患のある生徒も多くいることから、特別支援学校の保健主事は保健関係について重要な役割を持っている。〈特別支援学校では担任・管理職・保健主事等との連携・協力が不可欠だと感じた。〉ことから、管理職や保健主事と連携・協力することで、保健教育を行える環境を生み出していたと考えられる。

また、「特別支援学校(知的障害)の教育課程は、幼児児童生徒の発達段階や経験などを踏まえ、実生活に結び付いた内容を中心に構成していることが大きな特色」(独立財団法人 国立特別支援教育総合研究所, 2016)といわれている。〈特別支援学校の教員は、生徒の生活行動も含めて関わられるため、生徒に対する保健教育が定着させやすい。〉や〈高等学校よりも特別支援学校は保健教育をする時間がある。〉ことは、特別支援学校の教育課程から、日常生活の指導や生活単元学習といった生活行動に関する授業が多くあり、特別支援学校の生徒に対して保健教育をする必要性が高いと考えられる。このことは、保健教育の授業時間の確保や指導機会の多さにつながっていると考えられる。

さらに、どの校種においても、養護教諭が単数配置だと日々の保健室対応で多忙であることから、保健教育をする時間的余裕がない。養護教諭の配置基準は、高等学校では801人以上で複数配置に対し、特別支援学校では、61人以上で複数配置となっており、特別支援学校は複

数配置が多い。「児童生徒等の心身の健康に関して課題の大きな学校については、養護教諭の複数配置を進めていく必要がある。」(中央教育審議会, 2015)といわれており、〈養護教諭が複数配置だと保健教育をする余裕ができる。〉ことから、複数配置の基準の引き下げについて検討する余地があると考えられる。

C. 高等学校と特別支援学校間の異動があることによつて生じる課題と展望

養護教諭はどの校種にも配属される可能性がある。〈高等学校から異動したため、話し方や言葉遣いが一転し戸惑った。〉ことから、生徒が理解できるように会話することは、異動した当初は慣れない話し方に困難を感じていたと考える。そのため、〈特別支援学校の養護教諭が集まる場が多くあるとよい。〉のように、特別支援学校での保健教育における配慮や工夫等を養護教諭間で情報共有する機会を多く設ける必要があると考える。

さらに、全ての教師に求められる特別支援教育に関する専門性では、「特に、自閉症や知的障害により特別支援教育を受ける児童生徒数が増加していることから、これに係る教師の専門性の向上や人材育成は急務」(中央教育審議, 2021)といわれている。このことから高等学校の養護教諭にも特別支援学校における専門性の向上が望まれると考える。特別支援学校にはセンター的役割があり、特別支援学校の養護教諭は、その専門性を生かし、知識や経験を発信していく必要があると考える。

ユニバーサルデザインという考えは、障がいの有無にかかわらず、過ごしやすい具体的なセッティングとは何かを追求することであり、この考えを教育の世界に適用すると「クラスのすべての子どもにとって分かりやすい対応をしよう」ということ(東京都日野市公立小中学校全教師・教育委員会, 2010)がいわれている。

すなわち、特別支援学校での障がいのある生徒に分かりやすい保健教育は、どの校種にも通用する保健教育につながると考えられる。そのため、特別支援学校の養護教諭が、特別支援学校での保健教育での経験を発信していくことは、他の校種の養護教諭が行う保健教育に役立つと考えられる。

以上のことより、知的障がいのある高校生への保健教育をする際、その個性の高さから指導への困難さを感じることがあったため、特別支援学校の養護教諭同士で、その知識や経験を共有する場を設けるとともに、それを他校種で働く養護教諭に発信していくことが、特別支援教育の推進につながると示唆された。

D. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、保健の教員免許の有無や、養護教諭になるまでの過程は考慮されておらず、インタビュー対象者の養護教諭を代表値とするには限界がある。今回得られた研究データを基にして、一般化を目指す研究が必要で

あると考える。

また、今回、特別支援学校の個性の高さによる保健教育の指導の難さが明らかになった。このことから、特別支援学校での保健教育の項目ごとの実践を集約することが次の課題である。

Ⅶ. 結 論

本研究では、特別支援学校と一般校の両方を経験した養護教諭に、知的障がいのある高校生への保健教育の経験を明らかにすることを目的としてインタビューを行い、その内容を帰納的に分析し、得られた結果を考察した。その結果、以下のような結論を得た。

1. 知的障がいのある高校生への個に応じた保健教育の特徴が明らかになった。一方で、生徒の知的理解度や障がいの幅の広さから、個に応じた指導に困難を感じ、担任や学校内外の多職種や保護者との連携が、生徒が理解できる保健教育につながる事が明らかになった。
2. 養護教諭は、特別支援学校の教育課程から保健教育の人的・時間的な授業時間の確保のしやすさが特徴的であると明らかになった。
3. 特別支援学校の養護教諭間で、知識や経験を共有する場を設け、さらに、他校種で働く養護教諭に発信することが、特別支援教育の推進につながると示唆された。

謝 辞

本研究を行うにあたり、快くインタビューのご協力をいただきました養護教諭の皆様、ならびに研究の目的についてご理解をいただきました調査学校の校長の皆様に深く感謝申し上げます。研究の初期から分析までの長期間にわたり、ご指導いただき支えてくださいました先生方に深く感謝を申し上げます。

文 献

- ・中央教育審議会 (2008). 子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について (答申). https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/_icsFiles/afeldfile/2009/01/14/001_4.pdf (参照: 2022.12.26)
- ・中央教育審議会 (2015). チームとしての学校の在り方

と今後の改善方策について (答申). https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/_icsFiles/afeldfile/2016/02/05/1365657_00.pdf (参照: 2022.12.26)

- ・中央教育審議会 (2021). 「令和の日本型学校教育」の構築を目指して～全ての子供たちの可能性を引き出す、個別最適な学びと、協働的な学びの実現～ (答申). https://www.mext.go.jp/content/20210126-mxt_syoto02-000012321_2-4.pdf (参照: 2022.12.26)
- ・独立財団法人国立特別支援教育総合研究所 (2016). 特別支援教育の基礎・基本 (新訂版) 共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システムの構築, 東京: ジーアス教育新社.
- ・後藤知己, 西村梓 (2016). 養護教諭がかかわる保健学習の現状と課題. 熊本大学教育学部紀, (65), 215-222.
- ・石原愛, 伊丹君和, 米田照美 (2022). 特別支援学校養護教諭の職務における特徴と課題に関する文献検討. 人間看護学研究, 20, 47-55.
- ・松村友定 (2014). 知的障害を主とする特別支援学校における養護教諭の職務. 研究論叢. 第3部 芸術・体育・教育・心理, 64, 149-160.
- ・文部科学省 (2005). 教職員配置等の在り方に関する調査研究協力者会議(第3回)配付資料[参考資料7] ([mext.go.jp](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/029/shiryo/05070501/s007.htm)) https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/029/shiryo/05070501/s007.htm (参照: 2021.11.28)
- ・文部科学省 (2007). 特別支援教育の推進について (通知). https://warp.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/11402417/www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/nc/07050101.htm (参照: 2022.12.26)
- ・文部科学省(2018). 特別支援教育資料(平成29年度)【第1部 集計編】. https://www.mext.go.jp/content/20200428-mxt_tokubetu01-000004454.pdf (参照: 2022.12.26)
- ・文部科学省 (2020). 特別支援学校学習指導要領解説 知的障害者教科等編 (上) (高等部), 東京: ジーアス新社.
- ・内閣府 (2012). 平成24年版障害者白書, 第3章 社会参加へ向けた自立の基盤づくり 1_1_01.pdf ([cao.go.jp](https://www.cao.go.jp))
- ・東京都日野市公立小中学校全教師・教育委員会, (2010) 通常学級での特別支援教育のスタンダード 自己チェックとユニバーサルデザイン環境の作り方 (小貫悟 他, 編), 東京: 東京書籍.
- ・上野千鶴子監修 (2017). 語りの分析—〈すぐに使える〉うへの式質的分析法の実践. 生存学研究センター報, 27, 176.

研究ノート

退院支援をサブスペシャリティとする精神科認定看護師が長期入院の患者に対する退院支援に積極的になった体験



川田 陽子¹⁾, 牧野 耕次¹⁾, 武用 百子²⁾

¹⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

²⁾ 大阪大学大学院医学系研究科

要旨 本研究は、退院支援をサブスペシャリティとする精神科認定看護師が長期入院の患者に対する退院支援に積極的になった体験を明らかにすることを目的とした。日本精神科看護協会によって認定された精神科認定看護師のうち、退院支援をサブスペシャリティとして活動している者 10 名を対象に、半構造化面接にて退院支援を積極的に行なおう、あるいは、退院調整を専攻領域として精神科認定看護師になろうと考えたきっかけとなった体験の具体的な事象や場面について尋ねた。その結果、語られた体験は、<誰もが納得のいく退院の在り方に対する好奇心を持つ><退院支援の専門性獲得に関するモチベーションが高まる><看護師として退院支援することの責任感に目覚める><退院支援看護の効果に確信を持つ><患者の自律を支える退院支援に看護の本質を見出す>の 5 のカテゴリーに集約された。今回、多くの看護師が苦難を感じている精神科長期入院患者の退院支援において、積極的に関わろうとする看護師の体験があきらかになったが、今後は退院支援に向き合える看護師の姿勢や態度の涵養にはどんなサポートが必要かについて明らかにしていく必要がある。

キーワード 長期入院患者、退院支援、精神科看護、精神科看護認定看護師

I. 背景

厚生労働省 (2014) が取りまとめた「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」によると「精神障害者の地域移行」についてはいまだ課題が多く、その促進のために、「長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像の提示」「長期入院精神障害者本人に対する支援」「病院の構造改革」の三本柱における具体的な方策の展開が必要であるとしている。このうち「長期入院精神障害者本人に対する支援」として期待されることの一つに、「病院スタッフからの働きかけの促進等の『退院に向けた意欲の喚起』がある (厚生労働省, 2014)。このような背景から今後長期入院精神障害者に対する「退院意欲を喚起する」実践ができる看護師の需要は増えると考えられる。したがって、精神科看護師の退院支援に向けた意識の変革や退院支援看護における知識・技術の獲得については重要な研究課題であるといえる。

「精神障害者の地域移行」が進んでいるといわれる諸外国、特にイギリスや北米では看護師による効果的な退院支援方法の研究が進んでいる。これらの国では、1990 年以降施設化が進む中で、長期入院となりやすい重度

かつ慢性精神疾患 (serious mental illness ; SMI) 患者の退院支援に関する研究が急激に増加している (Nurjannah, Mills, Usher, Park, 2014)。カナダにおいては Forchuk, et al. (2005, 2013) が開発した Transitional Discharge Model (TDM) が代表的であり、すでに効果検証もされている。TDM の特徴は地域におけるピアサポートの活用と対象者が地域における治療関係が安定するまでの継続する病棟看護師の関わりにある。また退院支援を支えるスタッフの実践力に注目し、スタッフへのさらなる知識・技術

Experiences of psychiatric certified nurses who specialize in discharge support and actively support discharge from the hospital for long-term hospitalization

Yoko Kawata¹⁾, Koji Makino¹⁾, Momoko Buyo²⁾

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

²⁾ Graduate School of Human Sciences, Osaka University

2023 年 9 月 30 日受付, 2024 年 1 月 22 日受理

連絡先: 川田 陽子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 滋賀県彦根市八坂町 2500

電 話: 0749-28-8635

e-mail: kawata.y@nurse.usp.ac.jp

の習得をどのように促進するかについて検討した結果、精神科における退院支援ができる看護師の育成のためには、対象者への教育内容と支援するシステムづくりが重要であるとした (Forchuk, et al. ,2005 ; 2013)。

国内の精神科以外の領域においては、地域包括ケアの流れの中で、2008年に退院支援に関する報酬として「退院調整加算」が新設された (厚生労働省, 2015)。続いて2010年には本加算の施設基準が変更され、退院支援部署に退院支援看護師 (discharge planning nurse ; DPN) と社会福祉士を退院支援業務の専従・専任者として配置する病院が増えた。この流れを後押しする研究としては、中小規模病院の退院支援・退院調整を担う看護師に向けた教育プログラム開発 (長畑ら, 2018) や DPN の職務行動遂行能力の評価尺度の開発 (戸村, 永田, 村嶋, 鈴木, 2012) などがある。

一方、精神科においては「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」について取りまとめが行われた2014年以降、施設内での患者の生活の質の改善に向けられることが多かった従来の看護支援から、地域移行支援へ方向転換が求められてきた。この流れの中、看護師による長期入院患者への退院支援に関する研究も徐々に増え、質的分析によって実践を明らかにしたもの (石橋, 成相, 足立, 2001 ; 松枝, 2003 ; 高橋ら, 2006 ; 田嶋, 島田, 佐伯, 2009)、これらの知見を統合しようとする試み (葛谷, 石川, 丸茂, 2011) や、退院支援実践への影響要因を明らかにした研究 (中嶋 2013 ; 谷田部, 半澤, 永井, 吉田, 駒橋, 2012) がなされてきた。しかし看護師の支援の方向転換に影響する要素や看護師に対する退院支援に向けた教育についての研究は見られない。

平成20年度診療報酬改定において精神科地域移行支援加算が創設され、令和4年度改定ではさらに精神科地域移行実施加算が追加された。また精神科訪問看護・指導料の引き上げ等地域の受け皿への支援も充実してきており (厚生労働省, 2022)、今後ますます精神科医療の地域移行が進むとみられる。このような状況下で、退院困難事例に対して専従・専任者として積極的に取り組み、一般の看護師に影響を与えているのが精神科認定看護師である。日本精神科看護協会が行う認定制度には平成27年度までは専攻領域があり、その中に「退院調整」を専攻領域として認定を受け、現在も自らのサブスペシャリティを「退院調整」「退院支援」「地域移行支援」として活動している看護師がおり (羽田, 2018)、精神科病院の臨床で長期入院患者の退院支援について、周りのスタッフをサポートしながら組織的に活動を展開している。これらのことから、退院支援をサブスペシャリティとする精神科認定看護師が長期入院の患者に対する退院支援に積極的になった体験を明らかにすることができ

ば、長期入院患者の退院支援について積極的に取り組むことのできる看護師を育成する上での基礎資料となると考える。

II. 目的

本研究の目的は、退院支援をサブスペシャリティとする精神科認定看護師が長期入院の患者に対する退院支援に積極的になった体験を明らかにすることである。

III. 用語の定義

1. 長期入院患者

精神保健医療福祉の改革ビジョン (2004) にある「新規入院患者は、できる限り1年以内に退院できるように体制整備をする」という考え方を踏襲し、「精神科病棟に1年以上に亘り入院しているもの」とする。

IV. 方法

A. 研究デザイン

質的記述的研究

B. 研究協力者

日本精神科看護協会によって認定された精神科認定看護師のうち、「退院調整」「退院支援」「地域移行支援」など退院支援をサブスペシャリティとして活動している者10～15名程度。

C. データ収集法

便宜的標本抽出法とし、日本精神科看護協会が公開している精神科認定看護師の名簿より所属長へ依頼を行い、許可を得たうえで研究協力者へ依頼した。以下の調査内容をインタビューガイドとして用いた半構造化面接法とし、研究協力者の施設内のプライバシーが確保できる個室で、希望する時間に面接を行った。面接時間は1時間程度とした。面接内容は研究協力者に承諾を得てICレコーダーに録音し、必要時にメモをとる許可を得て、記録を行った。

D. 調査内容

退院支援を積極的に行おう、あるいは、退院調整を専攻領域として精神科認定看護師になろうと考えたきっかけとなった体験や具体的な事象や場面について。

E. 分析方法

面接内容から作成した逐語録を精読した。逐語録から退院支援を積極的に行おう、あるいは、退院調整を専攻領域として精神科認定看護師になろうと考えたきっかけ

となった体験や具体的な事象について語られている部分を抽出し、データを文章または段落ごとに抜き出し、意味のある短文を取り出した。次に、短文の内容が類似しているものを合わせ、共通する意味内容を表すよう簡潔な一文に表し、コードにした。さらにコードの意味内容に注目し、類似性と相違性に留意しながら分類する作業を繰り返し、サブカテゴリーを抽出した。同様の手続きを繰り返してサブカテゴリーを統合し、カテゴリーを抽出した。データ収集から分析の全過程を通し、精神科長期入院患者の退院支援に関する看護に詳しい研究者3名で関わり、可能な限り研究協力者が語った内容について、的確に捉えられているか、相互に確認しながら、分析の厳密性の確保に努めた。

F. 倫理的配慮

研究協力候補者に対して、直接研究目的、意義、方法などを説明し、研究への協力は自由意思によること、いつでも辞退できること、協力への拒否や途中辞退によって職業上の不利益は生じないことを文書と口頭で説明し、辞退するための撤回書を渡した。語られた情報は、施設名や個人名が特定できないように匿名化した上でセキュリティ機能の付いたメモリーに保存し、鍵のかかる場所に保管し、共同研究者以外とは共有せず、本研究の目的以外には使用せず、研究終了後は破棄することとした。なお、本研究は大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の承認を得て行った（申請番号 30-56）。

V. 結果

A. 研究参加者およびデータ収集の概要

女性5名、男性5名、精神科看護経験年数は17～29年の看護師であった。精神科認定看護師の経験年数は8～15年、現在の所属が病院である者は8名で、その他の施設が2名であり、所属施設での退院支援業務は、専従が1名のみであった。職位は看護師長3名、副師長2名、主任1名、一般2名、その他1名であった。所属先の地域は、関東1名と関西9名であった。面接時間は平均1時間11分（±12分）だった。

B. 退院支援をサブスペシャリティとする精神科認定看護師が長期入院の患者に対する退院支援に積極的になった体験（表1）

研究参加者への面接による逐語録を分析した結果、「退院支援をサブスペシャリティとする精神科認定看護師が長期入院の患者に対する退院支援に積極的になった体験」に関する語りから、37のコードが抽出され、12のサブカテゴリー、5のカテゴリーに集約された。以下<>はカテゴリー、《》はサブカテゴリーとして示した。また代表的な語りの部分については斜線で示した。

まず<誰もが納得のいく退院の在り方に対する好奇心を持つ>は、病院側の都合で患者の入退院が決められたり、一般科や精神科急性期病棟から慢性期病棟に異動となった看護師が、退院自体に患者も医療者も頓着しないなど、《退院できない患者の現状に違和感を持ち》《退院が当たり前ではないことに気づく》中で、納得のいく退院支援のあり方に好奇心を持つという体験である。

《退院できない患者の現状に違和感を持つ》

—エピソードがやっぱ派手な人がおって、刃物での暴力事件を起こした人だったんですけども、治療を進めていくうちに、かなり状態も落ち着いてた方でね、老人ホーム的な施設に決まっとったんですけども、（たまたま）前の主治医が「お？この人どうなってんねん、なんか退院話進んでへんか？」みたいな感じで言わはって、「あかんやないか、こんな危ない人だしたらあかん。」て、もう、おじやんなっちゃったんですよ、一亡くなりはりましたね。亡くなりはって、結局退院できないままね。

《退院が当たり前ではないことに気づく》

—せっついて「いつ退院できんねん！」っていうのは急性期の病棟で当たり前におこっていて、むしろそういうのをちょっと待っててください、もうちょっとお薬をしっかりと調整して、あなたに合ったものにして、で、それで退院しないと退院してからの生活がねっとか言う。どっちかって言うといつ退院できんねんをもうちょっと時間をくださいよって言う、まあ説得と言うかね、説明に終始していたのが、慢性期の人は違ったんですね、先生もそこら辺、頓着はあって入院させとかなあかんというよりは、退院したくない退院したいっていう声がないからズルズルいつちゃってるような感じであって。

次の<退院支援の専門性獲得に対するモチベーションが高まる>は、自分主導で強引に退院支援をして失敗した体験や経験だけの退院支援に根拠がないことなど、《根拠に基づかない体験だけの支援に限界を感じる》。そして、自分の現状に飽きてキャリアアップしたくなったり、キャリアに悩んでいるときに看護部から後押しをしてもらうことにより、退院支援の専門性獲得に対するモチベーションが高まる体験である。

《根拠に基づかない体験だけの支援に限界を感じる》

—楽勝やと思ってたと思いますわ、それこそ住むところもありやあ、お金もありやあ、あなたやったらいけるでしょうみたいな、（中略）でも部屋とか探しに行ったりしたら、すごい崩れてしまって、捜しにいくだけで、バスに乗れなかつたりとか、アパート探しても一階じゃないと、二階やと飛び降りてしまおうかね。（中略）いやー、そこから！本気で勉強しなあかんなど。

《周囲からのサポートや後押しでキャリアアップの動機づけを得る》

—当時の部長に、「認定看護師って道もあるよ」って

表 1 退院支援をサブスペシャリティとする精神科認定看護師が長期入院の患者に対する退院支援に積極的になった体験

カテゴリー	サブカテゴリー
誰もが納得のいく退院の在り方に対する好奇心を持つ	退院できない患者の現状に違和感を持つ
	退院が当たり前でないことに気づく
退院支援の専門性獲得に関するモチベーションが高まる	根拠に基づかない経験だけの支援に限界を感じる
	周囲からのサポートや後押しでキャリアアップの動機づけを得る
看護師として退院支援することの責任感に目覚める	看護師として何とか退院させたいくなる
	長期入院患者の一言に揺さぶられる
退院支援看護の効果に確信を持つ	初めての退院支援で手ごたえを実感する
	根拠に基づいた退院支援の研修を受け実践したくなる
	根拠に基づいた実践に対する周囲の退院への認識の変化を目にする
患者の自律を支える退院支援に看護の本質を見出す	同じ思いを持つ仲間との出会いに支えられる
	退院支援実践を自分の仕事と決意する
	長期入院患者への退院支援は看護の本質であることに気づく

いわれたのがきっかけで、(中略) そんな悪くない人もいるのに、退院出来ないって言う方が、なんか自分の中ではすごく違和感があって、当時の師長と、「いや、できるでしょ」っていう話と、「できないでしょ」っていうなんかこう、あの平行線やったっていうのもあって、その時に、認定看護師どうやって言われたので、その中で、じゃあ、それをするんだったら、退院調整かなと思って、退院支援に。

3つめの<看護師として退院支援することの責任に目覚める>は、患者の希望をかなえたかったが知識もスキルもなく悔しかった体験から《看護師として何とか退院させたいくなる》ことや、退院できた患者から「入院して人生損した」「人生を棒に振らずにすんだ」と言われ《長期入院患者の一言に揺さぶられ》、看護師として退院支援する責任感に目覚める体験である。

《看護師として何とか退院させたいくなる》

— その人がお母さんに会いたいって言ったんですよ、で、お母さんに会いたいって言って、主治医とあと病棟のスタッフに、「この人は外出する手立てとかなんかないんでしょうか？」っていったら「この人、一生病院。」みたいな感じで返された覚えがあって。ただ、でもそれを、どう動かすこともやっぱりできない自分の状況があって。

《長期入院患者の一言に揺さぶられる》

— (主治医に)「退院したいって言いました？」って言うたら「退院していいかどうかは先生が言ってくれるもんでしょ？」って。「じゃあ25年間退院していいよって言う言葉を待ってらっしゃったんですか」とって言う話をすると、「いや今でももちろん退院していいって言われるのを待ってしまっていますよ」とって。

4つめの〈退院支援看護の効果に確信を持つ〉は、初めての退院支援で患者がいきいきと地域で生活していく姿を目にした体験や、一般科とは違う退院支援に取り組んで《初めての退院支援で手ごたえを実感する》。そして、研修を受け《根拠に基づいた退院支援の研修を受け実践したくなり》、研修で学んだように対応したら、頑なだった家族の態度が変化し、《根拠に基づいた実践に対する周囲の退院への認識の変化を目にする》体験である。

《初めての退院支援で手ごたえを実感する》

－「こんなに外に出れるんなら老人ホームとかほんとに行けるね」っていう話になって老人ホームを目指すことになり。体験（入所）とかも、失禁とかもこういう対応するとあの落ち着いてられますみたいな申し送りを一生懸命書いて老人ホームに渡したらその通りやってくれて落ち着いて帰ってこれてみたいところで、無事退院できたって言う。すごい嬉しかったです。で、退院支援面白いなってその時にすごい思ったんですよ。

《根拠に基づいた退院支援の研修を受け実践したくなる》

－1番最初にうけた研修は、5日間の研修が、まあすごかったですね。最初の投げかけが「患者さんが退院するために必要なことは、何？」っていう。で、考えるわけですよ、みんな、ほんならあの、家族の賛成とか、あの、お金とか帰れる場所とかなんがあるんですけど、それをわーっとディスカッションするんですけど、そういう発信を誰かからされたこともなかったし、（中略）やり取りの内容が変わるじゃないですか、やっぱり。いつもこう、体調どう？寝れてる？便出た？とかそんな話とか、病院の中散歩して、病院の中で解決するような話じゃなくて、実際生活してたときどんなことに困ってたの？とか、やっぱりやりとりの質が変わるんで、そこに視点当てないと、話ならないっていうことにも気が付いて。

《根拠に基づいた実践に対する周囲の退院への認識の変化を目にする》

－家族もその1回外出されていた時に、全然その攻撃性がなくて、つねったりもせーへんし、ニコニコとお母さんと話をしているしなんかやっていけるんかなっていう風に思ったみたいなんですよ。それはすぐ外出から帰ってきて、すぐ教えてくれて、対象へのイメージが変わったっていう。入院する前の派手なエピソードが払拭された瞬間があったんですね。それで一気に変わったんです。で、ほんまそれが一気に変わったんです。一瞬で変わった感じです。（家族の反応が？）そうです。行けるかもっていう。

5つめの〈患者の自律を支える退院支援に看護の本質を見出す〉は、院内の他職種と退院支援の成功体験を共有することや、粘り強く退院支援をする中で《同じ思いを持つ仲間との出会いに支えられる》体験をしながら、

退院支援の仕事の面白さに気づいて一生食べていけるような仕事にしようと思ったり、退院支援の良さを周りにも感じてもらいたいなど、《退院支援実践を自分の仕事と決意する》。そして、退院支援実践を行う中で自己決定を促すかわりの延長に退院支援があることに気づき面白さを感じ、《長期入院患者への退院支援は看護の本質であることに気づく》体験である。

《同じ思いを持つ仲間との出会いに支えられる》

－（認定の研修で）こんなかロールプレイとかもあるんですけど、何かこういう人がいました、どういう看護組み立てますか？みたいなことをみんなでやるんですけど、まずこの人に対してどう思うかって言う、そういう所ってすごく大事じゃないですか。その一番面白かった、印象に残ってたのは、その凄い何年も引きこもりをしていて、家に何十個も鍵をかけて生活している人がいて、この人たちにどうアプローチするかっていう。退院調整（専攻）の人たちは第一声が「苦しいだろうね」で、「こんなに鍵かけなきゃ生きていけないって本当可哀想」とか「なんとか助けてあげたいね」とかいう一言から始まるんです、すごいこの人たちいい人だなあと思って。

《退院支援実践を自分の仕事と決意する》

－なんか本人さんの可能性をダメにしているのは、本当は看護師だったり医療だったり環境だったりするのかなと思って、ちょっと優しい目で皆見てあげてっていう風な感じになったらいいなあって思って。でもそんなのみんなに言う？言ってもきくと変わらないので、自分がまずやってみて、で、それを見てなんか楽しそうにやってるなあ、あいいんだなーって、下の人とかが思ってくれば変わってくかなと思って。まず自分が楽しく色々失敗してみるって言う。

《長期入院患者への退院支援は看護の本質であることに気づく》

－患者さんたちが、あの、退院したいっていわなくても、退院したくないって言ったり、もう退院の「た」の字もでない人たちが、退院、だからと言って、このままでいいって思ってるわけではないやろな、と思ったこととか。で、一般科って、退院にそんなに困難感ないじゃないですか。なんで？ってまあ理由はだいたいわかってるんですけど。もう個別で抱えてる、だからこそ、ここに退院調整がいるんやったら。で、こんな個別性があることないってやっぱり思ったんで。で、いちばんやりがいあると思ったからですかね。やっぱり。

VI. 考 察

たとえ重症であっても精神疾患をもつ患者が主体となる、いわゆるリカバリー志向の地域移行支援はもはや世

界標準であるが (Slade, et al., 2014), 2019 年時点で精神科長期入院患者数は精神科入院患者の半数以上を占める (神奈川精神医療人権センター, 2023). 日本の精神科看護師が経験する倫理的課題についての先行研究では, 病名告知, 病棟環境, 職場の人間関係, 看護師の力量, 隔離・拘束, 退院の項目を抽出している (Hamada, et al., 2020). 退院支援に向き合う精神科看護師は, さまざまな圧力に支配され, 困難や苦しみの心理が増幅している可能性があり (八家, 鈴木, 木村, 2017), このことから, 倫理的葛藤を抱きながら仕事をしていることが推測される. 本研究においても, 病院側の都合で患者の入退院が決められたり, 一般科や精神科急性期病棟から慢性期病棟に異動となった看護師が, 退院自体に患者も医療者も頓着しないなど, 長期入院患者の置かれている状況に違和感をいだく体験や, 他科とは違う一筋縄ではないかな長期入院患者の退院支援に戸惑う体験をしていた. しかし, それで諦めてしまうのではなく, <誰もが納得のいく退院の在り方に対する好奇心を持つ>ことで, 限られた環境の中でも, 患者がふいにもらった言葉や小さな希望を耳にすることで, 患者主体の退院支援について考えるきっかけにしていた.

精神科に長期入院している場合, 患者を取り巻く状況や退院の方針が不明瞭であり, 本人の意欲も低下していることが多いことから (沢村ら, 2008), 看護師が感じる長期入院患者の退院支援の「障壁」の一つに「退院調整技能の不足」があるとされている (吉村, 2013). 本研究でも精神科特有の患者・家族の背景の複雑さにおける退院支援の難しさに対し, 自身の技能不足に悩んだ体験が語られていた. しかし看護師は, それを<退院支援の専門性獲得に関するモチベーションが高まる>体験や<看護師として退院支援することの責任感に目覚める>体験として受け止めていた. さらに周囲も巻き込み, 同志の力を得て粘り強く長期入院患者と向き合う中で, 認定研修で学んだ知識や技術を恐る恐るやってみることで<退院支援看護の効果に確信を持つ>体験を重ね, <患者の自律を支える退院支援に看護の本質を見出す>体験をしており, 長期入院患者の退院支援において, 積極的に関わろうとする看護師の体験があきらかになった. 筆者らの調査では, リハビリ志向の支援実践に影響を与えていたのは看護師本人のもつ希望の高さであったことから (川田, 田嶋, 2018), 積極的に関わろうとする看護師の希望の高さが影響している可能性がある. また, 精神疾患を持つ人を含む困難な状況下にある患者とかかわる看護師を対象とした研究では, 「できないということに耐えること」こそ, 困難な状況下でのケアではないかと投げかけている (村上, 2021). 長期入院患者に向き合う看護師は, 退院支援ができないということに耐えながらも, 積極的に関わる看護師の資質であるとも考え

られる. しかし牧野らは, 難しいケアを看護師の資質に求めることの危うさに対し, そこにこそ「かかわり」のための技術が必要であることを指摘している (牧野, 比嘉, 2019). 対象者の語りからも, 「かかわり」の技術不足に悩んだ際に学ぶことのできる情報へのアクセス, 看護部からの後押し, 率先して困難な状況に向き合うロールモデルの存在, また困難事例のケアに伴う苦悩を分かち合い自信をつけたグループワークなど, 体験の背景に管理者や認定プログラムの指導者, そして同じ志を持つ仲間からの心理教育的支援の必要性も見えてきた. 精神科看護師を対象とした継続教育に関するシステマティックレビューでも, 「継続教育による介入は, 知識, 自信, 技能の向上, 態度の向上など, 看護師に関連するポジティブな成果をもたらす」(Hartley, Smith&Vandyk, 2019) ことが明らかとなっている. そのため, 今後は, 認定看護師が, 一般の看護師に対し具体的にどのような知識・技能のみならず自信・態度の向上について関わっているのかを明らかにすることで, 有効な支援方法の内容について示唆を得られると考える.

なお, 本研究の対象者は 10 人と少なく, 研究対象者の所属施設がほぼ近畿圏の都市部に集中していることに限界があるため, 今後はこの結果を踏まえ, 精神科医療が不十分な地域との比較をしていく等は今後の課題とするものである.

Ⅶ. 結 論

退院支援をサブスペシャリティとする精神科認定看護師が長期入院の患者に対する退院支援に積極的になった体験は, <誰もが納得のいく退院の在り方に対する好奇心を持つ><退院支援の専門性獲得に関するモチベーションが高まる><看護師として退院支援することの責任感に目覚める><退院支援看護の効果に確信を持つ><患者の自律を支える退院支援に看護の本質を見出す>の 5 つの体験に集約された. 今回明らかになった体験を踏まえ, 今後, 多くの看護師が苦難を感じている精神科長期入院患者の退院支援に向き合うためには, 技術習得だけではなく, 看護師の姿勢や態度の涵養についてもどんな支援が必要なのかについて明らかにしていく必要がある.

文 献

- Forchuk C, Martin ML, Chan YL, Jensen E (2005). Therapeutic re-lationships : From psychiatric hospital to community. *Journal of Psychiatric and Mental Health*

- Nursing, 12, 556-564.
- Forchuk C, Martin M-L, Jensen E, Ouseley S, Sealy P, Beal G, Reynolds W, Sharkey S (2013). Integrating an evidence-based intervention into clinical practice: 'transitional relationship model' Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20, 584-594.
 - 羽田誠之(2018). 精神科認定看護師に聞くこの場面！ 本人・家族・医療チームの不安が強く退院が進まない長期入院患者さん, 精神科看護, 45 (4), 41-43.
 - 八家直子, 鈴木千絵子, 木村美智子 (2017). 長期入院中の統合失調症患者退院支援を行っている看護師の心理に関する文献検討, ヒューマンケア研究学会誌, 9 (1), 59-63.
 - Hamada Y, Tanaka M, Arashi H, Koyama T, Yamauchi N (2020). Ethical Problems Experienced By Psychiatric Nurses In Japan and There Correlated Factors. Journal of Nursing Research Colloquium of Tokyo Women's Medical University, 15 (1), 1-12.
 - Hartley H, Smith JD, Vandyk A (2019). Systematic Review of Continuing Education Interventions for Licensed Nurses Working in Psychiatry, The Journal of Continuing Education in Nursing, 50 (5), 223-240.
 - 石橋照子, 成相文子, 足立美恵子 (2001). 精神分裂病患者の社会復帰に向けて効果的な看護のコツ, 精神保健看護学会誌, 10 (1), 38-49.
 - 石川かおり, 葛谷玲子 (2013). 精神科ニューロングステイ患者を対象とした退院支援における看護師の困難, 岐阜県立看護大学紀要, 13 (1), 55-66.
 - 川田陽子, 田嶋長子 (2018). 患者の希望を引き出す精神科看護師の援助実践の構造と影響要因, 大阪府立大学看護学雑誌, 24 (1), 39-48.
 - 厚生労働省(2004). 精神保健医療福祉の改革ビジョン, <https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> (2023年10月31日)
 - 厚生労働省 (2014). 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性(長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会取りまとめ) <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000051138.pdf> (参照: 2023年10月31日)
 - 厚生労働省 (2015). 中央社会保険医療協議会 平成27年度第5回入院医療等の調査・評価分科会議事次第 <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000091651.pdf> (参照: 2023年10月31日)
 - 厚生労働省 (2022). 令和4年度診療報酬改定の概要個別改定事項IV(精神医療) <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000912335.pdf>(参照:2023年10月31日)
 - 葛谷玲子, 石川かおり, 丸茂さつき (2011). 精神科長期入院患者の退院に関連する国内看護研究の検討—新障害者プラン後に焦点を当てて—岐阜県立看護大学紀要, 11 (1), 3-12.
 - 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター (n.d.) (2023). 『2017-2022 年度精神保健福祉資料』「630 集計: 従来フォーマットでの集計」 <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/> (参照: 2023年4月11日)
 - 牧野耕次, 比嘉勇人 (2019). 患者—看護師関係におけるインボルブメントの概念分析, 日本看護科学会誌, 39, 359-365.
 - 松枝美智子 (2003). 精神科超長期入院患者の社会復帰への援助が成功する要因 日本版治療共同体における看護師の変化, 日本精神保健看護学会誌 12 (1), 45-57.
 - 村上靖彦 (2021). ケアとは何か—看護・福祉で大切なこと, pp137, 中公新書, 東京.
 - 長畑多代, 志田京子, 北村愛子, 田嶋長子, 堀井理司, 澤井元, 中村裕美子 (2018). 大阪府下の中小規模病院における退院調整看護師の困難と教育ニーズ, 大阪府立大学看護学雑誌, 24 (1), 85-90.
 - 中嶋富有子 (2013). 精神科看護師の「社会復帰支援の意識」に影響する要因とその構造—民間精神科病院に勤務する看護師の面接調査を通して—, 日本精神保健看護学会誌, 22 (2), 50-57.
 - 日本の精神科医療の現状 (2023). 神奈川精神医療センター, 日本の精神科医療の現状 | 調査報告 | 神奈川精神医療人権センター (kp-jinken.org).
 - 日本精神科看護協会 (2023). 精神科看護認定看護師制度について <https://jpna.jp/education/nintei> (参照: 2023年10月31日)
 - Nurjannah I, Mills J, Usher K, Park T (2014). Discharge planning in mental health care: an integrative review of the literature, Journal of Clinical Nursing, (9-10), 1175-1185.
 - 沢村香苗, 安西信雄, 瀬戸屋雄太郎, 中西三春 (2008). 精神科入院患者の退院支援と地域生活支援のあり方に関する研究, 厚生労働科学データベース, <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/13466> (参照: 2023年10月31日)
 - Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, Whitley R (2014). Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. World Psychiatry, 13 (1), 12-20.
 - 田嶋長子・島田あずみ・佐伯恵子 (2009). 精神科長期入院患者の退院を支援する看護実践の構造, 日本精神保健学会誌, 18 (1), 50-60.
 - 高橋香織・片岡三佳・長瀬義勝・家田重博・額額富久・村岡大志 (2006). 精神疾患をもつ長期在院患者の社

会復帰に向けての看護実践と課題（第二報）－職位による看護職の認識－，岐阜県立看護大学紀要，7(1)，11-19.

- ・戸村ひかり，永田智子，村嶋幸代，鈴木樹美（2013）. 退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発，日本看護科学会誌，33(3)，3-13.
- ・谷田部佳代弥，半澤節子，永井優子，吉田恵子，駒橋徹（2012）. 慢性統合失調症事例の地域生活に対する

精神科病院勤務の看護職の認識 退院および地域生活支援の経験の有無による相違，精神障害とリハビリテーション，16(2)，178-187.

- ・吉村公一（2013）. 退院の意向をもつ長期入院統合失調症患者に対する精神科看護師の「退院調整の障壁」精神科看護師の態度からの一考察，日精保健看会誌，22(1)，12-20

活動と資料

臨地実習において学生を訪問看護サービスに同行させることに対する訪問看護師の認識



河野和歌子¹⁾, 國丸 周平²⁾, 新井香奈子²⁾

¹⁾ 友仁訪問看護ステーションすずらん

²⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

要旨 本研究は、訪問看護事業所で行われる臨地実習において学生を訪問看護サービスに同行させることに対する訪問看護師の認識を明らかにすることを目的とした。属性、看護学生と同行して療養者宅へ訪問することについての感じ方9項目(楽しい、緊張する、気合が入る、ストレスである、不安がある、気が重い、気が減入る、好きだ、面倒である)、および同行訪問による自身への影響3項目(学びを深める機会になる、新たな発見がある、看護を見直す機会になる)について質問紙調査を行った。感じ方について最も多くの訪問看護師が「当てはまる」と回答した項目は「気合が入る(55.2%)」であった。自身への影響では、自身の看護を「見直す機会になる(87.5%)」「学びを深める機会になる(84.4%)」「新たな発見がある(80.2%)」のいずれの質問も80%以上が「当てはまる」と回答した。実習担当者役割の経験がある者や実習指導者講習を受講している者ほど、学生を訪問看護サービスに同行させることについて好意的に捉え、自身を成長させる機会として捉えていた。

キーワード 在宅看護学実習, 看護学生, 同行訪問, 訪問看護師

I. 背景

現在、日本における看護基礎教育機関で実施されている在宅看護学実習の多くは、訪問看護事業所で行われている。訪問看護事業所で行われる臨地実習は、一般的に療養者宅への訪問に教員が同行しないため、多くの訪問看護師が訪問看護事業所の外で学生と1対1で実習指導に当たっている(牛久保, 飯田, 小笠, 田村, 斎藤, 棚橋, 2015)。そのため、訪問看護事業所での臨地実習指導状況を、他の訪問看護師や教員が直接把握できない環境下で指導が行われているといえる。また、訪問看護事業所での臨地実習は訪問看護師が学生を連れて訪問看護サービスとして療養者宅に赴く方法で行われており、事業所内の9割の訪問看護師が実習指導を行っている(東海林, 森鍵, 大竹, 細谷, 小林, 2016)ため、実習指導担当者の役割を担う者以外の多くの訪問看護師も実習指導を行っている現状がある。訪問看護師が実習指導について学ぶ機会として「特定分野における保健師助産師看護師実習指導者講習会実施要綱(厚生労働省, 2016)」に基づいた研修が各都道府県主催で開催されているが、訪問看護事業所は病院と比較して小規模で運営されており、人材が限られているため、訪問看護師が実習指導に関する研修を長期にわたって受講することは難しい状況にあ

る。つまり、臨地実習での学生への指導方法とその内容は訪問看護師個人の裁量に任されているのが現状といえる。また、訪問看護師による実習指導に焦点を当てた研究はほとんどみられず、その実態は十分明らかになっていないと考えられる。

臨地実習における学生の学びに関して、滝島, 大藪(2019)は、教員や指導者、病棟スタッフとのかかわりが影響を及ぼすと述べている。加えて、訪問看護事業所における臨地実習での学生の学びに関する先行研究(加藤, 高田, 石原, 2022; 菊池, 塚原, 2022; 松下, 陶山,

Home care nurses' perceptions of accompanying students to services during nursing practice

Wakako Kawano¹⁾, Shuhei Kunimaru²⁾, Kanako Arai²⁾

¹⁾ Yujin Visiting Nursing Station Suzuran

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

2023年9月30日受付, 2024年1月22日受理

連絡先: 新井香奈子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町 2500

電 話: 0749-28-8639

F A X: 0749-28-9508

e-mail: arai.k@nurse.usp.ac.jp

田中, 2019; 野中ら, 2019) では, 学生は訪問看護師の姿を見て学びを深めていることが明らかとなっている。これらのことから, 訪問看護事業所での臨地実習においても学生は, 訪問看護師とのかかわりを通して学びを深めていると考えられる。そのため, 訪問看護師による指導は学生の学びを左右する鍵であるといえる。

以上のことより, 訪問看護師が行う実習指導に焦点を当てて研究を行うことは, 訪問看護事業所で行われる臨地実習における質の高い指導方法を検討するうえで意義があるといえる。

II. 目的

本研究の目的は, 訪問看護事業所で行われる臨地実習において学生を訪問看護サービスに同行させることに対する訪問看護師の認識を明らかにすることである。

III. 用語の定義

同行訪問: 本研究では, 訪問看護事業所で行われる臨地実習の中で訪問看護師が, 看護基礎教育における看護学実習中の学生を訪問看護サービスに同行させることを「同行訪問」と称す。

IV. 方法

1. 研究デザイン

Web アンケート機能を用いた質問紙調査法。

2. データ収集方法および研究対象者

A 県看護協会に登録されている A 県内にある全訪問看護事業所に研究依頼および Web 回答フォームのリンクが記載された研究協力依頼書を送付した。送付は研究者が所属している事業所を除いた 151 の訪問看護事業所に行い, アンケートの Web 回答を募った。研究対象者となる条件は, 過去 5 年以内に訪問看護事業所で行われた臨地実習において, 学生を訪問看護サービスに同行させた経験を有している訪問看護師とした。

3. 調査内容

1) 属性

年代, 雇用形態, 役職, 看護師および訪問看護師経験年数, 指導者講習履修の有無。

2) 学生を訪問看護サービスに同行させることに対する認識

研究者らで独自に設定した, 同行訪問についての感じ方 9 項目 (楽しい, 緊張する, 気合が入る, ストレスで

ある, 不安がある, 気が重い, 気が滅入る, 好きだ, 面倒である), および同行訪問による訪問看護師自身への影響 3 項目 (自身の学びを深める機会になる, 新たな発見がある, 自身の看護を見直す機会になる) の計 12 項目について, 「非常に当てはまる」「やや当てはまる」「どちらともいえない」「やや当てはまらない」「全く当てはまらない」の 5 件法での回答を求めた。

4. データ収集期間

倫理委員会承認後の令和 5 年 6 月 9 日～令和 5 年 7 月 7 日を Web 調査期間とした。

5. 分析方法

分析対象者の属性および同行訪問に関する 12 項目の認識は, 単純集計および記述統計でデータ分布を確認した。その際, 12 項目の回答結果について「非常に当てはまる」「やや当てはまる」を「当てはまる群」に, 「非常に当てはまらない」「やや当てはまらない」を「当てはまらない群」に分類し, 「どちらともいえない群」の 3 群間で解析を行った。その後, 臨地実習において学生を訪問看護サービスに同行させることについてどのように感じているか (計 12 項目) と基本属性についての比較には, カイ二乗検定を行い, p 値が 0.05 未満の場合には有意な差があると判定した。看護学生と同行して療養者宅へ訪問することについてどのように感じているか (計 12 項目) の各変数間の相関関係の強さについては, Person の積率相関係数を求め, 0.5～0.7 未満を相関が強くあると判断した。統計解析ソフトは, IBM SPSS Statistics24 を使用した。

6. 倫理的配慮

本研究は, 滋賀県立大学看護学系研究倫理専門委員会にて承認 (承認番号第 921 号) を受け実施した。Web 回答をもって, 研究参加に同意したものとした。

V. 結果

1. 対象の属性 (表 1)

96 名の訪問看護師より有効回答 (有効回答率 100%) を得た。回答者の看護師経験年数は 2 年～41 年 (平均 22.9 年, 標準偏差 ±8.1), 訪問看護師経験年数は 1 年未満～28 年 (平均 10.9 年, 標準偏差 ±6.9) であった。

回答者内訳で最も多くを占めていたのは, 雇用形態: 常勤 85 人 (88.5%), 実習担当者経験: あり 72 人 (75.0%), 看護師経験年数: 20 年代 42 人 (43.8%), 年代: 40 代 39 人 (40.6%), 現在の役割: 実習担当者 37 人 (38.5%), 訪問看護師経験年数: 5～9 年 32 人 (33.3%) であった。実習指導者講習は, 訪問看護分野以外に比して, 訪問看護分野受講経験者が 33 人 (34.4%) と多くみられた。

表1 対象者の背景 (N=96)

項目	n(%)	or 平均±標準 偏差	
現在の役割	管理者	31(32.3)	
	実習担当者	37(38.5)	
	スタッフ	28(29.2)	
管理者経験	あり	32(33.3)	
	なし	64(66.7)	
実習担当者経験	あり	72(75.0)	
	なし	24(25.0)	
雇用形態	常勤	85(88.5)	
	非常勤	11(11.5)	
年代	20~29歳	3(3.1)	
	30~39歳	11(11.5)	
	40~49歳	39(40.6)	
	50~59歳	38(39.6)	
	60歳以上	5(5.2)	
看護師 経験年数	5年未満	1(1.0)	
	5~9年	6(6.3)	
	10~19年	24(25.0)	
	20~29年	43(44.8)	
	30年以上	22(22.9)	
訪問看護師 経験年数	5年未満	19(19.8)	
	5~9年	32(33.3)	
	10~19年	31(32.3)	
	20~29年	14(14.6)	
実 習 指 導 者	訪問看護分野	経験あり	33(34.4)
		経験なし	63(65.6)
	訪問看護分野 以外	経験あり	18(18.8)
		経験なし	78(81.3)

2. 同行訪問について感じていること (図 1)

気合が入る 53 人 (55.2%), 緊張する 46 人 (47.9%), 楽しい 44 人 (45.8%), 不安がある 35 人 (36.5%), ストレスである 34 人 (35.4%), 気が重い 28 人 (29.2%), 好きだ 26 人 (27.1%), 面倒である 20 人 (20.8%), 気が減入る 14 人 (14.6%) の順に「当てはまる」の回答数が多かった。

3. 同行訪問について感じていること (属性比較) (表 2-1)

「好きだ」と現在の役割 ($p < 0.05$), 「気が重い」と実習指導者講習経験 (訪問看護分野以外) ($p < 0.01$)

に有意差がみられた。

4. 同行訪問について感じていること (各変数間の相関) (表 3)

「緊張する」と不安があるおよびストレスである ($r = .574, r = .513$), 「不安がある」とストレスであるおよび気が重い ($r = .608, r = .553$), 「ストレスである」と気が重いおよび気が減入る ($r = .689, r = .548$), 「気が重い」と面倒であるおよび気が減入る ($r = .568, r = .560$) において正の相関がみられた。

5. 同行訪問による訪問看護師自身への影響 (図 1)

看護を見直す機会になる 84 人 (87.5%), 学びを深める機会になる 81 人 (84.4%), 新たな発見がある 77 人 (80.2%) と、全ての項目において 80% の回答者が「当てはまる」と回答していた。

6. 同行訪問による訪問看護師自身への影響 (属性比較) (表 2-2)

「学びを深める機会になる」と実習担当者経験の有無および雇用形態 ($p < 0.05, p < 0.01$), 「看護を見直す機会になる」と実習担当者経験の有無および実習指導者講習受講 (訪問看護分野), 実習指導者講習受講 (訪問看護分野以外) ($p < 0.05, p < 0.05, p < 0.05$) で有意差がみられた。

VI. 考 察

本研究では、A 県内にある訪問看護事業所に所属する訪問看護師が持っている、臨地実習において学生を訪問看護サービスに同行させることに対する認識を明らかにした。その結果、同行訪問が及ぼす影響について 8 割以上の訪問看護師が、看護を見直し学びを深める機会になるとともに新たな発見があると認識していた。

1. 臨地実習において学生を訪問看護サービスに同行させることに対する訪問看護師の認識

結果では「気合が入る (55.2%)」, 「緊張する (47.9%)」の 2 つの項目において約半数が「当てはまる」と回答していた。いずれの回答においても訪問看護師は、学生を訪問に同行させることに対して訪問看護師自身の気を引き締めている様子が明らかとなっている。訪問看護事業所での臨地実習は、訪問看護師が学生を訪問看護サービスに同行させるために、学生とともに訪問看護事業所の外に出て療養者宅へ赴くといった特徴がある。同行訪問中の実習指導と学生の安全確保を行う責任は、学生と訪問を共にする訪問看護師が担うこととなる。そのため、実習指導に関して訪問看護師にかかる負担は、病院や病棟で行われる実習と比較して重いことが考えられる。これらのことより、実習指導は訪問看護事業所の外で学生と 1 対 1 で行われるといった実習方法の特殊性が影響し

て、訪問看護師は同行訪問に対して責任や負担を感じ、自身の気が引き締まるものだと認識していると考えられる。

また、「ストレスである」と気が滅入る ($r=.560$)、「緊張する」と不安がある ($r=.574$) およびストレスである ($r=.513$)、「不安がある」とストレスである ($r=.608$) および気が重い ($r=.553$) で正の相関がみられていることが明らかとなった。臨地実習を受け入れている訪問看護事業所内の9割の訪問看護師が実習指導を行っているという先行研究(東海林ら, 2016)から、実習指導は事業所全体で行われているものと考えられる。また、訪問看護事業所の平均常勤換算従事者数は6.8人(厚生労働省, 2017)と比較的小規模な事業所が多いことから、一人の訪問看護師にかかる実習指導の負担は大きくなると推察される。これらのことから、訪問看護師は、個人が実習指導に抱えている不安や苦手意識の有無にかかわらず、指導を担当せざるを得ない状況にあるといえる。この影響により、同行訪問に対する認識について「ストレスがある」「気が滅入る」「緊張する」「不安がある」「気が重い」といった負担に感じている項目が密接にかかわる結果となっていると考えられる。これらのことより、同行訪問に対して訪問看護師自身の気が引き締まるものであると認識していることや、負担に感じている様子は、訪問看護事業所の外に学生と二人一組で訪問に向かうという実習の特徴が影響しているものと考えられ、訪問看護

師が同行訪問に対して持っている認識の特徴的な部分であるといえる。

本研究における調査項目と研究対象となった訪問看護師の属性に有意に関連があったのは、「好きだ」と現在の役割(スタッフ、管理者、実習担当者)、「気が重い」と実習指導者講習経験(訪問看護分野以外)の2項目であった。調査の結果、実習担当者が「好きだ」と肯定的な回答をし、講習を受講した経験がない者ほど「気が重い」と感じていた。実習担当者は各大学の実習目的や目標を理解し、それに応じた指導を行う役割を担うことが求められている(文部科学省, 2020)。また、実習担当者は実習の準備から運営に関して、大学の実習担当教員と連携を図る機会が多くある。このことから、実習担当者はスタッフよりも、実習目的や目標、必要な指導内容を知る機会が多い。そのため、実習担当者は自身に求められていることをより深く理解しているために、実習指導においても肯定的な意見を持つ結果となっていると考えられる。これは、実習指導者講習の受講経験の有無についても同様のことがいえると考えられる。

2. 同行訪問が及ぼす訪問看護師自身への影響に関する認識

同行訪問が及ぼす訪問看護師への影響についての項目で、看護を見直す機会になる(87.5%)、学びを深める機会になる(84.4%)、新たな発見がある(80.2%)、3つの項目全てにおいて「当てはまる」と回答したものの割合が80%以上となった。

このことから、臨地実習において学生を訪問看護サービスに同行させることに対して、多くの訪問看護師が自身にとって成長する機会であると肯定的に捉えているといえる。また、結果では「学びを深める機会になる」「看護を見直す機会になる」と実習担当者経験の有無、「看護を見直す機会になる」と実習指導者講習受講の有無(訪問看護分野・訪問看護分野以外)において有意差がみられた($p < 0.05$)。千葉、富田、横山(2020)は実習担当者のなかでも自ら進んで実習指導者講習会を受講した者や、専任体制で実習指導を行っている実習担当者ほど主体的・継続的に学習し、自己

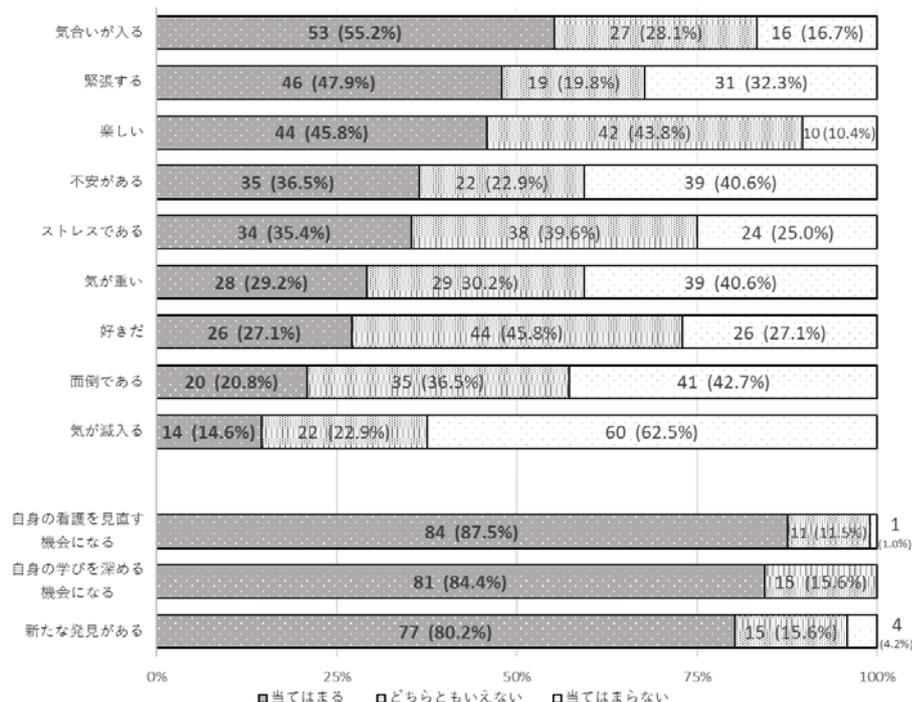


図1 同行訪問に関して「感じていること」および「自身への影響」(N=96)

表 2-1 「同行訪問についての感じ方」と対象者の属性との群間比較（有意差がみられた項目のみ抜粋）

項目	カテゴリー	気が重い				好きだ			
		当てはまる	どちらとも いえない	当てはまら ない	p値	当てはまる	どちらとも いえない	当てはまら ない	p値
現在の役割	スタッフ	9 24.3%	16 43.2%	12 32.4%	0.215	6 16.2%	16 43.2%	15 40.5%	0.027*
	管理者 (所長)	9 29.0%	6 19.4%	16 51.6%		7 22.6%	17 54.8%	7 22.6%	
	実習担当者	75 35.7%	10 25.0%	0 39.3%		13 46.4%	11 39.3%	4 14.3%	
実習指導者講習受講 (訪問看護分野以外)	あり	2 11.1%	11 61.1%	5 27.8%	0.006**	6 33.3%	9 50.0%	3 16.7%	0.524
	なし	26 33.3%	18 23.1%	34 43.6%		20 25.6%	35 44.9%	23 29.5%	

表 2-2 「同行訪問による訪問看護師自身への影響」と対象者の属性との群間比較（有意差がみられた項目のみ抜粋）

項目	カテゴリー	自身の学びを深める機会になる				自身の看護を見直す機会になる				新たな発見がある			
		当てはまる	どちらとも いえない	当てはまらな い	p値	当てはまる	どちらとも いえない	当てはまらな い	p値	当てはまる	どちらとも いえない	当てはまらな い	p値
実習担当者経験	あり	64 88.9%	8 11.1%	0 0.0%	0.035*	66 91.7%	5 6.9%	1 1.4%	0.049*	59 81.9%	10 13.9%	3 4.2%	0.718
	なし	17 70.8%	7 29.2%	0 0.0%		18 75.0%	6 25.0%	0 0.0%		18 75.0%	5 20.8%	1 4.2%	
雇用形態	常勤	75 88.2%	10 11.8%	0 0.0%	0.004**	76 89.4%	8 9.4%	1 1.2%	0.207	69 81.2%	12 14.1%	4 4.7%	0.431
	非常勤	6 54.5%	5 45.5%	0 0.0%		8 72.7%	3 27.3%	0 0.0%		8 72.7%	3 27.3%	0 0.0%	
実習指導者講習受講 (訪問看護分野)	あり	31 93.9%	2 6.1%	0 0.0%	0.062	33 100%	0 0.0%	0 0.0%	0.028*	30 90.9%	3 9.1%	0 0.0%	0.123
	なし	50 79.4%	13 20.6%	0 0.0%		51 81.0%	11 17.5%	1 1.6%		47 74.6%	12 19.0%	4 6.3%	
実習指導者講習受講 (訪問看護分野以外)	あり	13 72.2%	5 27.8%	0 0.0%	0.115	13 72.2%	4 22.2%	1 5.6%	0.028*	14 77.8%	3 16.7%	1 5.6%	0.935
	なし	68 87.2%	10 12.8%	0 0.0%		71 91.0%	7 9.0%	0 0.0%		63 80.8%	12 15.4%	3 3.8%	

を教育する力を有していることを明らかにしている。本研究では実習指導者講習受講の動機や、指導体制については限定していないものの、実習指導者講習を受講した者や実習担当者ほど、同行訪問を自己の成長に繋げていることが明らかとなっており、千葉ら（2020）の先行研究と類似的な結果を示している。そのため、訪問看護師のなかでも実習指導者講習を受講した者や実習担当者は、とりわけ同行訪問の経験を自己の成長に活用していると考えられる。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究の実施にあたり、A 県内の訪問看護事業所に所属する訪問看護師から協力を得ることができたが、有効回答数は 96 と少ない結果となった。また、研究の限界として、研究対象の代表性に関して、訪問看護師の年齢分布が保障されていない点が挙げられる。訪問看護実態

調査（公益社団法人日本看護協会，2014）の調査報告と比較して、本研究における回答者の 30 代の割合が 5% 低く、50 代の割合が 7% 高い結果となった。そのため、年齢分布の違いが結果に何らかの影響を与えた可能性が考えられる。以上のことより、本研究の結果を一般化して解釈することは限界があると考えられる。

本研究では、訪問看護事業所で行われる臨地実習の中で、学生を訪問看護サービスに同行させることに対する訪問看護師の認識を明らかにした。結果を基に、学生を同行させる中でも訪問看護師が具体的にどのような場面で負担に感じているのか、また、実習指導者講習を受講した者や実習担当者がどのような指導経験を経て自身の成長に繋げているのかを明らかにしていくことが今後の課題であると考えている。

表3 「同行訪問についての感じ方」における各変数間の相関関係

	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)
1) 気合が入る		0.488**	0.332**	0.323**	0.218*	0.087	0.206*	0.056	0.220*
2) 緊張する			0.012	0.574**	0.513**	0.367**	0	0.205*	0.372**
3) 楽しい				-0.226*	-0.257*	-0.345**	0.450**	-0.361**	-0.465**
4) 不安がある					0.608**	0.553**	-0.113	0.374**	0.437**
5) ストレスである						0.689**	-0.220*	0.444**	0.548**
6) 気が重い							-0.274**	0.568**	0.560**
7) 好きだ								-0.351**	-0.212*
8) 面倒である									0.405**
9) 気が滅入る									

Personの積率相関係数

** $r < .01$ * $r < .05$

Ⅶ. 結 論

訪問看護事業所で行われる臨地実習において、学生を訪問看護サービスに同行させることに対する訪問看護師の認識を明らかにする目的で研究を行った結果、約半数の訪問看護師が自身の気を引き締めるような思いを持っていることが明らかとなった。それと同時に、多くの訪問看護師が学生を訪問看護サービスに同行させることについて、訪問看護師自身が成長する機会であると捉えており、実習担当者の経験がある者や実習指導者講習を受講している者ほど肯定的に捉える傾向があった。

謝 辞

本研究で Web アンケートにご協力頂いた A 県下の訪問看護師の皆様へ心より感謝申し上げます。

付 記

本研究は令和5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 『「共同研究」研究助成』にて実施した。

文 献

- 千葉今日子, 冨田幸江, 横山ひろみ (2020). 看護学臨地実習指導者の自己教育とキャリアコミットメントの関連. 埼玉医科大学看護学科紀, 13 (1), 21-29.
- 加藤和子, 高田恵子, 石原多佳子 (2022). 臨地で訪問看護ステーション実習を経験した学生の学び. 岐阜

成徳学園大学看護学研究誌, (7), 19-29.

- 菊池有紀, 塚原ゆかり (2022). みなし指定訪問看護事業所を利用する在宅看護学実習における学び. 日本看護学教育学会誌, 32 (1-2), 103-111.
- 公益社団法人日本看護協会 (2014). 2014 年 訪問看護実態調査 報告書. <https://cmskoho.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/report/2015/homonjittai.pdf> (最終閲覧日 2023 年 11 月 22 日)
- 厚生労働省 (2016). 特定分野における保健師助産師看護師実習指導者講習会実施要綱. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000749432.pdf> (最終閲覧日 2023 年 8 月 5 日)
- 厚生労働省 (2017). 訪問看護のサービス提供の在り方に関する調査研究事業 (速報値). https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000182797.pdf (最終閲覧日 2023 年 11 月 22 日)
- 松下裕子, 陶山啓子, 田中久美子 (2019). 看護基礎教育における訪問看護ステーション実習の学びに関連する要因. 日看教会誌, 29 (2), 13-25.
- 文部科学省 (2020). 看護学実習ガイドライン (案) (令和2年2月3日 日本看護系大学協議会看護学教育向上委員会資料). https://www.mext.go.jp/content/20200114-mxt_igaku-00126_1.pdf (最終閲覧日 2023 年 12 月 7 日)
- 野中弘美, 金子美千代, 米増直美, 久松美佐子, 益満智美, 丹羽さよ子 (2019). 訪問看護実習における学びの分析. 鹿児島大学医学部保健学科紀, 29 (1), 55-61.
- 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指導における自己効力感と関連要因. 北日看会誌, 18 (2), 17-29.
- 滝島紀子, 大藪菜穂子 (2019). 臨地実習における学生の学びに影響を及ぼす要因—人的・物的環境に焦

点をあてて－. 川崎市立看護短期大学紀, 24 (1), 27-37.
・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実習受け入れに関する状況. 北関東医学, 65 (1), 45-52.

活動と資料

医療的ケアが必要な重症心身障害児者の親による 子どもの在宅生活のマネジメントに関する文献検討



藤井 愛¹⁾, 新井香奈子²⁾

¹⁾ 滋賀県立大学人間看護学研究科高度実践看護部門在宅看護領域

²⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

要旨 重症心身障害児者（以下、重症児者）の親は、在宅生活の中でさまざまな困難に対処しながら子どもの生活をマネジメントしている。本研究では、特に医療的ケアが必要な重症児者の親による子どもの在宅生活のマネジメントに関する文献検討を行った。結果、医療的ケアが必要な重症児者の親による子どもの在宅生活のマネジメントとは＜重症児者の生命を握る重圧の中での体調管理＞＜重症児者にとって当たり前ではない成長発達の促進＞＜重症児者の治療に関する代理意思決定＞＜重症児者の治療に関する代理意思決定に伴う親の不安・葛藤への対処＞＜重症児者とともに生き抜くための親自身の成長・価値調整＞＜重症児者と家族が安らげる家庭内の環境調整＞＜重症児者と家族の在宅生活を支える社会資源の活用・調整・開発＞であるとわかった。また今回の結果より、親は全てのマネジメント時において、重症児者の体調管理を考慮する視点を持つとともに、子どもの成長発達の促進を重視する視点を持つこと、さらに、種々のマネジメントの経験を重ねながら、周囲との相互作用の中で状況に応じてマネジメントを変化させていくものと考えられた。

キーワード 重症心身障害、医療的ケア、親、生活、マネジメント、文献検討

I. 緒言

重症心身障害児者（以下、重症児者）は、小児期に発症した重度の運動障害と重度の知的障害を併せ持ち、日常生活行動や明確な意思表示が困難な状態にある。また重症児者は、身体的な予備力の低さや合併症の併発によって重症化しやすく、多くが医療的な処置を必要とする（菊池, 2013）が、昨今では重症児者の約7割が在宅で生活しており、今後もその数は増加していくとみられている。

在宅では、重症児者の日常の介護はほとんどが家族を中心になされているが、中川, 根津, 穴倉（2009）によると、重症児者の親は在宅生活の中でさまざまな生活上の困難に直面していることが報告されている。中山, 新塚, 高島, 山崎（2018）は、重症児者の親が重症児者と家族の生活の安定を図るためには、重症児者の体調を維持することや社会資源を活用することが重要であると述べており、宮谷, 市江（2020）も、障害児者と家族が長期的に在宅生活を維持・継続するためには、家族が生活のマネジメント力を得ることが必要であると述べている。しかし、親が重症児者の在宅生活の安定を図るために行っている生活のマネジメントに焦点化した研究はほ

とんど見当たらない。また、対象を「医療的ケアが必要な重症児者」に限定した生活実態の報告も少ない。

II. 研究の目的

医療的ケアが必要な重症児者の親による子どもの在宅生活のマネジメントについて文献検討より明らかにする。

Parental management of home life of children with severe motor and intellectual disabilities requiring medical care : a literature review

Ai Fujii¹⁾, Kanako Arai²⁾

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

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

2023年9月30日受付, 2024年1月22日受理

連絡先: 新井香奈子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町 2500

電 話: 0749-28-8639

F A X: 0749-28-9508

e-mail: arai.k@nurse.usp.ac.jp

Ⅲ. 研究の意義

医療的ケアが必要な重症児者の親による子どもの在宅生活のマネジメントについて、当事者の視点から明らかにすることで、支援者が重症児者・家族の生活を包括的に理解する一助となる。また、医療的ケアが必要な重症児者・家族に対する具体的な支援を検討するための資料としても役立つものとする。

Ⅳ. 用語の定義

重症児者：運動機能が座位までにある重度の運動障害と、IQ35以下に相当する知的障害を重複した状態にある者。

生活：中木、谷津、神谷（2007）の概念分析の結果をもとに、本研究では「社会・文化・地理的特性、個々の病状や障害の程度・ADL・価値観・習慣・他者との関係によって影響を受ける、個人がその人らしく生きる営み」として定義する。

マネジメント：浅井、青木、高谷、長瀬（2017）の概念分析の結果より「自分で権限を持ち、良い状態に保つよう、継続的・計画的に対処していくこと」を引用し、定義として用いることとする。

Ⅴ. 方法

本研究では、医学中央雑誌 Web 版 (Ver.5) を用いて検索を行った (最終検索日 2023 年 5 月)。キーワードは「重症心身障害」and「在宅」and「親 or 養育者」and「マ

ネジメント or 管理 or 調整 or 対処 or 選択 or 判断 or 意思決定」とし、原著論文に限定して検索した。重症児者の親の視点から、重症児者の在宅生活のマネジメントに関する内容が述べられていることを採用基準として選定した文献を精読し、親による子どもの在宅生活のマネジメントに関する語りや語りを要約した記述をコード化、類似性に基づきカテゴリ化した。

Ⅵ. 結果

1. 対象文献の選定結果

データベース検索の結果、84 件が検索された。文献検索の過程 (図 1) に沿って最終的に採用基準と合致した分析対象 17 件 (2007 ~ 2022 年発行) を選定した。(図 1：文献検索の過程)

2. 文献の概要

分析対象 17 件のうち、研究対象者である親は、母親のみを対象とした文献が 14 件と全体の 8 割を占めた。マネジメントの対象者である子どもは、14 件が重症児者、うち 10 件が超・準超重症児者であり、医療依存度の高い重症児者が多かった。医療的ケアが不要な重症児者を対象に含む文献も 2 件あったが、全ての文献に医療的ケアが必要な重症児者が含まれていた。(表 1：対象文献の概要)

3. 医療的ケアが必要な重症児者の親による子どもの在宅生活のマネジメント

医療的ケアが必要な重症児者の親による子どもの在宅生活のマネジメントに関する 133 コードから 32 サブカテゴリ、7 カテゴリが抽出された。以下、< > はカテゴリ、【】はサブカテゴリ、<> はコード、/(斜体文字) は対

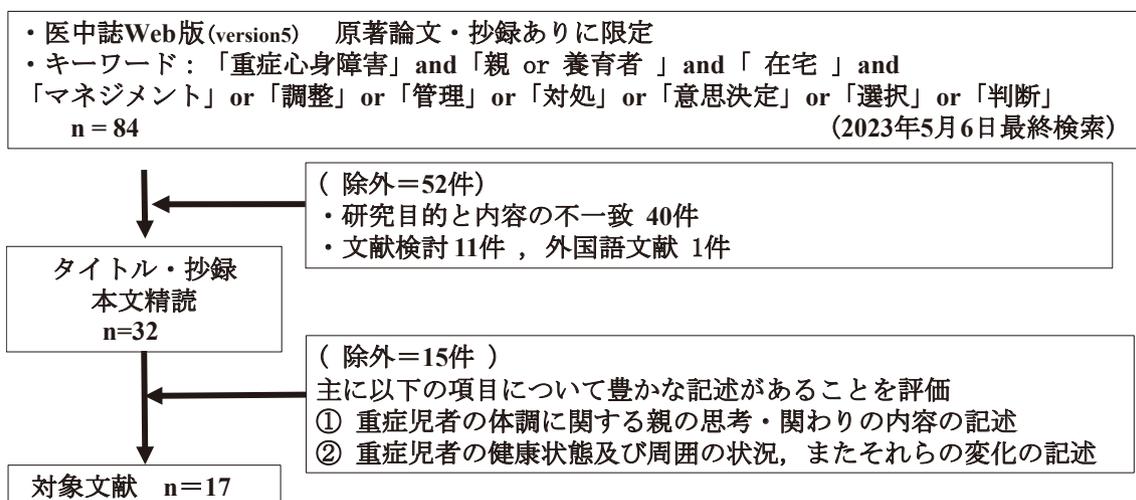


図 1 文献検索の過程

表 1 対象文献の概要

番号	筆頭著者	データ収集方法	研究対象者	マネジメント対象児者 (子ども)	医療的ケア マネジメント対象児者に必要な	対象児者の年代
1	門間 智子 (2022)	半構造化面接	重症児を在宅で育てている母1名	準超重症児かつ重症児(大島分類1)	鼻頭エアウェイ・胃瘻 てんかん発作対応	小学校高学年
2	阿部 青子 (2021)	非構造的面接	病院でEOLを迎える医療的ケア児の母1名	超重症児かつ重症児	腹膜透析・気管切開・ 経管栄養 (ED)・吸引	小学校高学年
3	久保 恭子 (2020)	半構造化面接	在宅生活5年以上の超重症児の母2名	超重症児 (者) かつ重症児 (者) (大島分類4以下)	気管切開・人工呼吸器管理 吸引・ネブライザー 経管栄養	小学生～成人 (7歳～30代)
4	山本 智子 (2019)	半構造化面接	重症児の父10名	重症児 (医療的ケア児8名、うち準超重症児以上6名)	人工呼吸器 経管栄養 胃瘻	乳幼児～小学校高学年
5	常国 良美 (2019)	半構造化面接	重症児の母2名	重症児者	吸引 胃瘻からの注入	小学校低学年と成人 (20代)
6	杉本 裕子 (2018)	半構造化面接	NICU退院後、在宅生活を経験し小児専門外来受診に至った超重症児の母6名	生後2ヶ月～2歳の超重症児 (重症児と説明が混在)	気管切開・人工呼吸器 在宅酸素・経管栄養 (NG, ED)	乳幼児 (2ヶ月～2歳)
7	佐藤 朝美 (2017)	半構造化面接	医療的ケアを必要とし、特別支援学校(小学部)に通学している在宅重症児の母2名	準超重症児かつ重症児	吸引・吸入 経鼻栄養・胃瘻 在宅酸素	小学校高学年2名
8	下野 純平 (2017)	半構造化面接	超重症児の親 母4名・両親3組	きょうだいが1人以上いる在宅生活中の超重症児	吸引・人工呼吸器 気管切開・吸入 経管栄養	乳幼児～小学校低学年7名 (4～9歳)
9	市原 真穂 (2016)	半構造化面接・記録物・エッセイ等からのデータ	長期に渡り、超重症児を在宅で育てる家族/母1名	超重症児かつ重症児	気管切開・気管喉頭分離 人工肛門管理・経管栄養 (ED)	小学校高学年1名
10	藤岡 寛 (2015)	半構造化面接	在宅で重症児を養育している父18名	重症児 (準超重症児8名、超重症児4名・ 医療的ケアなし5名)	なし:5名 気管切開・吸引 経腸栄養・人工呼吸器	乳幼児～高校生
11	山本 智子 (2014)	半構造化面接	重症児の母5名	超重症児かつ重症児	気管・口鼻吸引 経鼻経管栄養・胃瘻・導尿 人工呼吸器管理・持続鼻吸引	乳幼児～小学校低学年
12	佐藤 朝美 (2014)	フォーカスグループ インタビュー	10～20歳代の重症児(者)を 在宅で介護している母6名	重症児(者) (医療処置した4名と導入の可能性のある2名)	胃瘻 気管切開	学童期～成人 (10歳以上～20代)
13	西原 みゆき (2014)	半構造化面接	特別支援学校(小学部、中学部)に通う重症児の母10名	重症児 (大島分類1) (うち準超重症児以上4名、 1名は医療的ケア不要)	なし:1名 吸引・胃瘻・気管切開	小学生 (8歳以上)～中学生
14	沢口 恵 (2013)	半構造化面接	在宅で生活している重症児の母10名	準・超重症児(者) かつ 重症児(者) (超重症児2名・ほか準超重症児)	記載なし	小学校高学年～成人(20代)
15	小倉 邦子 (2012)	非構造的面接 (ライフストーリー)	医療的ケアを導入した重症児(者)の母13名	医療的ケアを導入した在宅重症児 (者) (準超重症児以上7名)	気管切開・人工呼吸器 胃瘻	乳幼児～小学校高学年 高校生～成人 (30代)
16	水落 裕美 (2012)	半構造化面接	気管切開管理を必要とする 重症児を養育する母6名	気管切開管理を必要とする重症児	気管切開	乳幼児～小学校低学年 (4～8歳)
17	野口 裕子 (2007)	質問紙	超重症児の主養育者である母32名 とそれの支援者である訪問看護師	超重症児 (重症児と推定される児を含む)	人工呼吸器	乳幼児～中学生 (2～14歳)

表2 医療的ケアが必要な重症児者の親による子どもの在宅生活のマネジメント

カテゴリ	サブカテゴリ	代表的なコード（文献番号）
	<p>重症児者の命を左右する重圧と家族の責任で習得・指示順守を続ける医療的ケア</p>	<p>重症児者の命を守る責任の重大さを認識 (9) 必要に迫られて医療的ケアを習得・熟達 (6) 必死で医療的ケア実施の指示を順守する (6, 11, 14) 昼夜つきっきりでの重症児者の体調の見守り・医療的ケアの実施 (6, 13, 16)</p>
<p>重症児者の生命を握る重圧の中での体調管理</p>	<p>体調や身体機能の維持のための日頃からの状態把握・判断・身体的負荷とケアの調整の積み重ね 親にできる限りの体調悪化時の対応 急変時の対応を意識した日頃からの計画的な備え</p>	<p>感覚・数値・パターン化された症状をもとにした重症児者の体調や意思表出の見分け (4, 14, 16) 重症児者の体調維持のための日々のケア・調整の継続 (7) 重症児者の体調悪化を避けるため身体的負荷・刺激を最小限にする (6, 17) 重症児者の特性を踏まえた体調や状況判断による個別の対応選択 (14) 自宅でできるケアの限界の見極め・入院治療の必要性の予測 (14, 16) 急変への心の準備と冷静な対応のための医師への情報収集 (13) 急変時に備えた緊急入院先の医師とのつながりの維持 (13)</p>
<p>重症児者にとつて当たり前ではない成長発達の促進</p>	<p>微細な変化から重症児者の成長や楽しみを捉えるための親の視野の拡大 医療的ケアと付き合いながら活動を楽しむための体調・ケア・活動内容の調整・評価 重症児者の世界を広げるための重症児者に適した情報収集 心身機能の発達や将来を見据えた社会的な発達の促進 自宅外での生活体験・家族以外の他者との交流体験の拡大</p>	<p>重症児者の緩やかな発達のペースを受け入れ寄り添う姿勢 (16) 医療的ケア導入に伴う時間規制のある生活へ順応するための試行錯誤 (13) 活動を楽しむための体調管理と活動後の状態評価 (7) できる限りの方法での重症児者に合った情報検索・収集 (7) リハビリにより残存機能維持を図る取り組み (16) 重症児者の世界を広げ社会とのつながりを増やす取り組み (13) 刺激を増やすための施設サービス・友人とのイベントの活用 (7, 16) 家族以外の人と触れ合う体験の機会確保 (7)</p>
<p>重症児者の治療に関する代理意思決定</p>	<p>親として重症児者にとつての最善を考えた末の治療選択 医療者の勧める方針に従う 治療による生活の変化の見通しが曖昧なままの治療選択 家族の介護負担軽減のためやむを得ずの治療選択 治療選択に向けた医療者や他の重症児者の親からの情報収集</p>	<p>重症児者の生命維持を優先した治療選択 (13, 15) 重症児者の通学・活動への影響とタイミングを見計らった医療的ケア導入の申し出 (1) 重症児者の通所利用継続を優先した治療選択 (15) 医療者と共同での重症児者の安楽を優先した治療差し控えの選択 (2) 知識がなく医師に治療方針を委任 (1, 15) 医師の説明に納得のうえ治療方針を委任 (15) 医療的ケア導入後の具体的な生活の変化をイメージできないままの治療選択 (15) 頻回な医療的ケアに翻弄される生活に限界を感じ再手術を決定 (13) 他の障害児者の親に具体的な情報を聞く (1, 12) 医療・生活面で異なる視点や立場の人から意見を聞く (12) 信頼する医療者と話し合いを重ねた末の覚悟 (2) 医療的ケア導入に対する事前のイメージ形成による心理的負担感の軽減 (15)</p>
<p>重症児者の治療に関する代理意思決定に伴う親の不安・葛藤への対処</p>	<p>納得できるまで検討を重ねた上での治療選択への覚悟 将来に必要な治療選択に向けた平時からの情報収集・心理的準備</p>	

<p>重症児者とともに関係調整</p> <p>重症児者とともに生き抜くための親自身の成長・価値調整</p>	<p>重症児者を育てる中での育児観の転換・親自身の成長</p> <p>死と隣り合わせの重症児者とともに生きる中での死生観の再調整</p> <p>困難と付き合いつながりながら重症児者と暮らし続けるための気の持ちようの体得</p> <p>重症児者と過ごせる「今」への肯定的な意味づけ</p> <p>在宅生活を支える親の使命感の醸成・強化</p>	<p>重症児者の子育ても特別ではない「ふつう」の子育てという認識への転換 (6, 8, 14, 16, 17)</p> <p>一日でも長く生きてほしいと願う (17)</p> <p>生命の延長より人生の質を重視 (17)</p> <p>“一人で抱え込まない”という思考への転換 (9)</p> <p>現状以上の努力はできず成り行きに任せる心構え (3)</p> <p>重症児者のそばで共に築き上げる今を大切に (9, 13)</p> <p>重症児者と家族みんなが過ごせることをしあわせと捉える (16)</p> <p>親としての意地・使命感から重症児者との在宅生活に限界を感じつつあきらめとどまる (9)</p>
<p>重症児者と家族が安らげる家庭内の環境調整</p>	<p>両親の親役割の模索・調整・発揮</p> <p>両親・祖父母の協力的体制構築と介護負担の調整</p> <p>母親が重症児者にかかりきりになることで生じるさようだいへの影響の調整</p> <p>家族の揺らぎに立ち向かうための家庭内での相談・関係強化</p> <p>家庭内に起こりうる危機の予防・遭遇時の備え</p>	<p>親として重症児者のためにできることの模索と気を張りながらの懸命な遂行 (6, 11, 13)</p> <p>両親で協力して家事・育児を行う基本体制の構築 (8, 9, 10, 13, 16)</p> <p>祖父母へ頼む重症児者の世話内容と負担の調整・配慮 (4, 11, 13)</p> <p>母親がきょうだいと関わる時間の確保 (4, 8, 13)</p> <p>家族として障害を持つ同胞の自然な受け入れを促すきょうだいの関わり (8, 9, 13)</p> <p>日頃から悩みや養育方針を両親で話し合い答えを出す (10)</p> <p>きょうだいにも予断を許さない同胞の状況を共有する (8)</p> <p>家庭全体の異変に気づくための見守り (4)</p> <p>体調悪化による入院・介護負担増大の回避のための日頃からの重症児者の体調管理 (14)</p> <p>重症児以外の家族での旅行・外出機会の調整 (10)</p>
<p>重症児者と家族の在宅生活を支える社会資源の活用・調整・開発</p>	<p>親の孤立防止・貴重な情報源としてのピアサポートの活用</p> <p>重症児者の体調管理と親の育児支援のための医療専門職の支援の活用</p> <p>自宅外での重症児者の安全確保・医療的ケア継続のための環境調整</p> <p>親・きょうだいの生活を整えるための施設サービス活用</p> <p>親が介護できなくなる将来を見据えたケアや生活の場の移行のための練習・備え</p> <p>重症児者や家族の生活に必要な支援を得るための働きかけ・努力</p>	<p>同じ境遇の親との交流で情報共有・共感しあい精神的安寧を図る (5, 13, 16)</p> <p>重症児者の病状を踏まえた日々の生活・ケア方法の調整に関する訪問看護師への相談 (5)</p> <p>通学に向けた学校看護師と連携した医療的ケア導入後のコミュニケーション登校 (13)</p> <p>家族と重症児者が離れる時間と過ごし方の場確保のためのデイサービス活用 (4)</p> <p>親が介護できなくなる状況を想定した重症児者のレスパイト利用・練習の検討 (11, 13)</p> <p>災害時にも支援者となる訪問看護師の確保 (3)</p> <p>近隣の重症児者への理解者との良好な関係構築・維持による協力の確保 (3)</p> <p>社会支援充実のために親同士で団結した行政機関への陳情 (5)</p>

象文献からの具体例と文献番号として結果を記述する。なお、以下の親とは「医療的ケアが必要な重症児者の親」、子どもとは「医療的ケアが必要な重症児者」を指す。(表2: 医療的ケアが必要な重症児者の親による子どもの在宅生活のマネジメント)

1) 親が子どもに行っていたマネジメント

親が子どもに行っていたマネジメントは、＜重症児者の生命を握る重圧の中での体調管理＞＜重症児者にとって当たり前ではない成長発達促進＞＜重症児者の治療に関する代理意思決定＞の3カテゴリであった。

親は、平時より＜重症児者の生命を握る重圧の中での体調管理＞を担い、「まずは、睡眠リズムを作るのに精一杯だから(さまざまな人や環境と関わり、経験の幅を増やすことはしない)(17)」など、子どもの体調の基盤づくりや体調維持のため、子どもの不安定な状態を把握しながらケアの調整・実施を積み重ねていた。また親は、随時【親にできる限りの体調悪化時の対応】を考え、子どもの体調悪化時や急変時も自宅で可能なケアを尽くしていた。そして、子どもの出生時や体調悪化による治療選択が必要な時には、親は＜重症児者の治療に関する代理意思決定＞を行い、自律的な治療選択や医療者への委任をしていた。この＜重症児者の治療に関する代理意思決定＞は、胃瘻造設や気道確保など生命維持に関わる処置、管理方法の変更、積極的治療の差し控えなど、子どもの状態変化に応じて複数回行われていた。

また親は、子どもの活動時に＜重症児者の体調悪化を避けるため身体的負荷・刺激を最小限にする＞ことや、治療選択の際に子どもの活動や教育・社会参加への影響を意識して選択することもあった。このように親は、＜重症児者の生命を握る重圧の中での体調管理＞と＜重症児者の治療に関する代理意思決定＞の際にも＜重症児者にとって当たり前ではない成長発達促進＞を考慮する視点を持っていた。

親は、日々の育児の中で子どもの身体や意思表出の微細な変化に気づき、子どもの成長とともに＜重症児者の緩やかな発達のペースを受け入れ寄り添う姿勢＞を身につけていた。そして、【医療的ケアと付き合いながら活動を楽しむための体調・ケア・活動内容の調整・評価】により、子どもの体調をモニタリングし、慎重に子どもの体調管理と活動とのバランスを調整しながら、医療的ケアが必要な子どもが活用可能な資源について情報収集し、子どもの心身機能や社会性の発達促進のために自宅外での生活体験と生活の場の拡大を図ることで、健常児のように自ら身体を動かしての探索行動や言葉で欲求を伝えることが困難な＜重症児者にとって当たり前ではない成長発達促進＞をしていた。

2) 親が自身に行っていたマネジメント

親が自身に行っていたマネジメントは、＜重症児者の

治療に関する代理意思決定に伴う親の不安・葛藤への対処＞＜重症児者とともに生き抜くための親自身の成長・価値調整＞の2カテゴリであった。

親は、＜重症児者の治療に関する代理意思決定＞が必要となった際や、将来必要になることを察知した際に、医療者や他の重症児者の親といった資源を活用して親自身の不安や葛藤の軽減を図り、【納得できるまで検討を重ねた上での治療選択への覚悟】を決めていた。また親は、子どもの障害の受け止め方や、＜重症児者の子育ても特別ではない「ふつう」の育てという認識への転換＞をした育児観、子どもに「一日でも長く生きてほしいと願う」思いと「生命の延長より人生の質を重視」した死生観など、親自身が持つ価値観を内省し再調整することで、自身の困難感の緩和を図っていた。

また親は、子どもの養育経験を肯定的に意味づけ、死と隣り合わせの子どもと家族がともに過ごせる今の生活を家族にとって“しあわせ”な時間と捉え、将来よりも現在の生活を重視していた。なお、親の中には、＜親としての意地・使命感から重症児者との在宅生活に限界を感じつつ気持ちで踏みとどまる＞者もおり、活用可能な資源が乏しい状況下などでは親の使命感で困難感に耐えることで在宅生活を継続していた。

3) 親による家庭内の環境調整に関するマネジメント

親は、＜重症児者と家族が安らげる家庭内の環境調整＞を行い、重症児者、親、重症児者の祖父母ときょうだいを含む家庭内の家族関係と負担を調整していた。それにより、親は家族機能の維持と向上を図ることで、子どもと家族の生活基盤を整えていた。

また親は、平時から父母間で役割を使い分け、日々の医療的ケアや世話を含む重症児者の育児・きょうだいの育児・家事に関する【両親の親役割の模索・調整・発揮】と、その役割を遂行し続けるため、祖父母の協力も得て育児負担の調整を行っていた。特に、重症児者にきょうだいがいる場合、親は【母親が重症児者にかかりきりになることで生じるきょうだいへの影響の調整】も重視し、「上の子(障害児)にかかりきりになってしまって、弟の異常な行動に気付かなくて、きょうだいと過ごす時間もつようにしている(4)」と、意識的に随時「母親がきょうだいと関わる時間の確保」をしていた。そして、きょうだいが幼い頃から継続的に、親-きょうだい、きょうだい-同胞間の関係を良好に保つ工夫もしていた。

さらに親は、子どもの体調悪化による親の介護負担の増大や、親の付き添いを要する子どもの入院によって生じる家族の生活への負担を未然に防ごうと、意識的に＜体調悪化による入院・介護負担増大の回避のための日頃からの重症児の体調管理＞を行っていた。このように、親は平時から継続的に家族員個々と家庭内全体の変化に注意を払い、直近から将来に向けて【家庭内に起こりう

る危機の予防・遭遇時の備え】をしていた。

4) 親による地域・社会資源に関するマネジメント

親は、＜重症児者と家族の在宅生活を支える社会資源の活用・調整・開発＞を行い、子どもと家族のニーズに応じて社会資源を活用するとともに、継続的に【重症児者や家族の生活に必要な支援を得るための働きかけ・努力】により、子どもの特性や家族の生活状況に合わせた支援を得られるよう工夫・調整をしていた。また親は、子どもの生命の安全と医療的ケア継続に留意しながら、自宅外での子どもの生活の場の確保・拡大に向けて、学校や通所施設の支援者らと連携して環境調整していた。親がしていた地域・社会へのマネジメントは、医療・療育等の専門的視点での支援や、自宅外の支援者と連携して子どもの新たな生活の場を整える支援、子ども以外の家族の休息時間を確保し生活を整える支援の調整であり、いずれも家庭内では解決困難な内容であった。このように親は、家庭内から地域・社会へとマネジメントの輪を拡大して必要な支援を調整していた。それでもなお居住地域では必要な支援が得られない場合、親は他の重症児者の親たちと協力し、「皆で親同士が、いろいろな県とかにもお願いしに行つて、それから色々と（制度が）できるようになった（9）」と社会全体へと働きかけていた。

Ⅶ. 考 察

今回明らかになった親によるマネジメントを概観すると、7つのカテゴリ全てに共通して子どもの体調や生命、医療的ケアに関するサブカテゴリ・コードが含まれていた。このことから、医療的ケアが必要な重症児者の親は、子どもの体調に関する影響を常に考慮しながら＜重症児者にとって当たり前ではない成長発達の促進＞＜重症児者の治療に関する代理意思決定＞の他、親自身や家庭内外へのマネジメントを行っていることが伺えた。

重症児者の生命や身体機能を維持することについて、岡田（2015）は、健康状態を安定させることは、外界の変化に適応し他者との交流やその人なりの社会参加を図るための土台であると述べている。重症児者にとって外界の変化に適応し他者との交流やその人なりの社会参加を図ることは、在宅生活そのものであるといえる。重症児者は、成長とともに病態が大きく変化、重症化することが多いため、特に医療的ケアが必要な重症児者の親には、在宅生活の土台安定のため、常に子どもの体調の変化に配慮することが求められると考えられた。加えて、水落、藤丸、藤田、藤好（2012）は、親が重症児との在宅生活を作り上げるプロセスについて、医療的ケアが必要な重症児の母親は比較的安定した生活に至っても、子

どもの生命を守る重圧感を常に根底に抱えて生活していると述べている。以上のことより、医療的ケアが必要な重症児者の親は、子どもの在宅生活の土台となる体調管理を担い、常に子どもの生命を守る責任を感じていることが伺え、親は子どもの体調に関する影響を考慮しながら、さまざまなマネジメントを行っているのではないかと考えられた。

また親は、「まずは、睡眠リズムを作るのに精一杯から（さまざまな人や環境と関わり、経験の幅を増やすことほしない）（17）」と、活動の拡大や社会参加を図るために子どもの生活リズムなど体調の基盤を整えることを第一に考えることもあれば、逆に、子どもの体調やケアを調整してでも活動や生活体験の拡大を図るため、子どもが【医療的ケアと付き合いながら活動を楽しむための体調・ケア・活動内容の調整・評価】を行うこともあった。このことから親は、＜重症児者の生命を握る重圧の中での体調管理＞と＜重症児者にとって当たり前ではない成長発達の促進＞の2つのマネジメントについて、その時々々の状況や親の価値観に応じて両者の影響のバランスを考え、子どもの体調・ケア・活動内容等を調整しているものと考えられた。

なお、＜重症児者にとって当たり前ではない成長発達の促進＞については、先行研究において、医療的ケアを必要とする在宅療養児の親が「病児の発達や成長」に関する事柄を最も困難に感じていた（内、村田、小野、横山、丸山、2003）こと、また親だけでなく支援者側も「成長発達への対応の難しさ」（田中、吉川、尾形、樫、吉田、2022）を感じていたことが報告されている。成長・発達支援は、小児の看護において子どものQOLにつながる重要な要素（市江、藤田、西垣、上條、2018）であり、健常児のように自ら身体を動かしての探索行動や言葉で欲求を伝えることが困難な重症児者にとっては、特に周囲の環境からの成長発達や持てる力を引き出す関わりが重要となる。したがって、実際に今回の分析からも得られた＜重症児者にとって当たり前ではない成長発達の促進＞を重視するマネジメントは、重症児者の親に特徴的なものであると考えられた。

さらに今回の結果からは、親が、家庭内から地域・社会へとマネジメントの輪を拡大して子どもと家族に必要な支援を獲得・調整し、マネジメントの内容を充実させていく様子が示されていた。このことから、医療的ケアが必要な重症児者の親による子どもの在宅生活のマネジメントとは、親が種々のマネジメントの経験を重ねながら、周囲との相互作用の中で状況に応じて変化させていくものであると考えられた。

以上より、医療的ケアが必要な重症児者の親による在宅生活のマネジメントは、親が全てのマネジメント時において重症児者の体調管理を考慮する視点を持つこと、

また、子どもの成長発達の促進を重視する視点も含むものであること、そして、親が種々のマネジメントの経験を重ねながら、周囲との相互作用の中で状況に応じて変化させていくものであるという特徴を持つと考えられた。

Ⅷ. 本研究の限界と今後の課題

本研究により、医療的ケアが必要な重症児者の親による子どもの在宅生活のマネジメントの内容および特徴が明らかになった。しかし、マネジメントの構造や子どもの成長過程に沿った経時的な変化のほか、重症児者や家族の特性といった個別のマネジメントに影響する要因・背景については明らかにはできなかった。そのため、今後は個別の面接調査等を行い、子どもの成長に沿って親によるマネジメントがどのように変化するのか、詳細を明らかにする必要がある。

文 献

- ・阿部育子, 寺野千香子, 幡谷博史 (2021). エンド・オブ・ライフを迎える医療的ケア児の終末期医療選択における母親の心理. 日本小児腎不全学会雑誌, 41, 124-128.
- ・浅井美千代, 青木きよ子, 高谷真由美, 長瀬雅子 (2017). わが国における「慢性疾患のセルフマネジメント」の概念分析. 順天堂大学医療看護学部医療看護研究, 19, 10-21.
- ・藤岡寛, 涌水理恵, 佐藤奈保, 西垣佳織, 沼口知恵子, 岸野美由紀, 小沢浩, 岩崎信明 (2015). 在宅重症心身障害児の家族エンパワメントにおける父親の役割—父親への面接調査—. 日本重症心身障害学会誌, 40(3), 359-366.
- ・市江和子, 藤田敬之助, 西垣五月, 上條隆司 (2018). 小児看護における小児のQOLの概念分析. 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 26, 31-39.
- ・市原真穂, 下野純平, 関戸好子 (2016). 超重症児とその家族の日常生活における家族マネジメント—日々直面した困難への対処に関連したある家族の認識と行動—. 千葉科学大学紀要, 9, 99-107.
- ・門間智子, 藤岡寛 (2022). 重症心身障害児の成長過程で段階的に必要となった複数の医療的ケア導入に関する主養育者の意思決定過程—1事例の分析から—. 日本重症心身障害学会誌, 47(3), 385-393.
- ・菊池紀彦 (2013). 重症心身障害児(者)と家族に対する地域生活支援の現状と課題. 特殊教育学研究, 50(5), 473-482.
- ・久保恭子, 坂口由紀子 (2020). 在宅で暮らす超重症児(者)の長期停電を想定した屋外避難の可能性と母親の心理. 日本重症心身障害学会誌, 45(3), 359-363.
- ・宮谷恵, 市江和子 (2020). 成人期に達した医療的ケアを必要とする長期在宅障がい児(者)家族のレジリエンス構成要素—訪問看護師の認識からの分析—. 日本小児看護学会誌, 29, 133-140.
- ・水落裕美, 藤丸千尋, 藤田史恵, 藤好貴子 (2012). 気管切開管理を必要とする重症心身障害児を養育する母親が在宅での生活を作り上げていくプロセス. 日本小児看護学会誌, 21(1), 48-55.
- ・中川薫, 根津敦夫, 宍倉啓子 (2009). 在宅重症心身障害児の母親が直面する生活困難の構造と関連要因. 社会福祉学, 50(2), 18-31.
- ・中木高夫, 谷津裕子, 神谷桂 (2007). 看護学研究論文における「体験」「経験」「生活」の概念分析. 日本赤十字看護大学紀要, 20, 42-54.
- ・中山祐一, 新家一輝, 高島遊子, 山崎あけみ (2018). 特別支援学校卒業後の重症心身障害児とその養育者の生活の安定に寄与する要因. 小児保健研究, 77(3), 243-252.
- ・西原みゆき, 服部淳子, 山口桂子 (2014). 障害のある子どもの就学がもたらす母親の生活の変化. 家族看護学研究, 19(2), 101-113.
- ・野口裕子, 上田真由美, 鈴木真知子 (2007). 在宅における超重症児の子育てと子育て支援に関する養育者の意識 (第一報). 日本赤十字広島看護大学紀要, 7, 11-18.
- ・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(者)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紀要, 5(1), 23-30.
- ・岡田喜篤 (2015). 新版 重症心身障害療育マニュアル (第1版), pp.70-71, 東京: 医歯薬出版.
- ・佐藤朝美, 小倉邦子, 濱邊富美子 (2014). 在宅重症心身障害児(者)の「医療処置」の決断において, 母親が望む医療者からの支援. 日本重症心身障害学会誌, 39(1), 99-104.
- ・佐藤朝美, 廣瀬幸美 (2017). 医療的ケアを必要とする重症心身障害児の長期休暇における「楽しみ」と「困難」に関する母親の認識. 育療, 61, 43-49.
- ・沢口恵 (2013). 在宅生活をしている重症心身障害児の母親による体調に関する判断の構造化. 日本重症心身障害学会誌, 38(3), 507-514.
- ・下野純平, 市原真穂 (2017). 在宅超重症児のきょうだいに関する親の認識と関わり. 千葉科学大学紀要,

- 10, 91-99.
- ・杉本裕子, 松倉とよ美, 村田敦子, 玉川あゆみ, 古株ひろみ (2018). 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. 人間看護学研究, 16, 9-17.
 - ・田中美樹, 吉川未桜, 尾形由起子, 櫛直美, 吉田麻美 (2022). 小児訪問看護における訪問看護師の困難感と同行訪問研修の試み. 福岡県立大学看護学研究紀要, 19, 107-114.
 - ・常国良美, 松本啓子 (2019). 医療的ケアが必要な在宅重症心身障害児・者の母親のアサーションの意味—学童期から青年期の子どもをもつ母親に焦点をあてて—. 日本看護学会論文集: 在宅看護, 49, 59-62.
 - ・内正子, 村田恵子, 小野智美, 横山正子, 丸山有希 (2003). 医療的ケアを必要とする在宅療養児の家族の困難と援助期待. 日本小児看護学会誌, 12 (1), 50-56.
 - ・山本智子 (2014). 在宅で重症心身障害児をケアする母親のレスパイトケア利用に対する思い—レスパイトケアや介護についての思いに焦点を当てて—. せいらい看護学会誌, 4 (2), 1-6.
 - ・山本智子, 市江和子 (2019). 在宅で生活をする重症心身障害児の父親の養育体験. 日本小児看護学会誌, 28, 120-125.

活動と資料

訪問看護事業所での臨地実習に対して 訪問看護師が抱く思いに関する文献検討



國丸 周平, 新井香奈子
滋賀県立大学人間看護学部

要旨 訪問看護事業所で行われる臨地実習に対して実習指導に携わる訪問看護師がどのような思いを抱いているか明らかにすることを目的に文献検討を行った。医中誌 Web, メディカルオンライン, CiNii Research を用いて「訪問看護師 and 実習」or「訪問看護ステーション and 実習」の検索語と検索式で検索した。選定基準に基づいて選定を行い、訪問看護事業所で行われる実習に対して訪問看護師が抱いている思いを分析した。結果、14 件の文献が研究対象となり、【実習を受け入れるうえでの困難】【実習の在り様に対する認識】【実習を通して学生に指導したいこと】【実習を通して自身が得られるもの】の 4 カテゴリを抽出した。訪問看護師は臨地実習に課題や改善点を感じつつも、学生に指導したい思いを持っており、指導したい内容は看護基礎教育に求められる学習内容と合致していた。訪問看護師が学生を訪問看護サービスに同行させ、療養者宅へ赴き、実習指導を行う機会が多いために、指導方法や療養者との調整、教員との連携に困難を感じている様子は、実習に対して訪問看護師が抱く思いの特徴的な部分であるといえる。

キーワード 訪問看護師, 臨地実習, 思い, 文献検討

I. 背景

看護基礎教育における第 5 次カリキュラムの改正に伴い、各教育機関では授業構成および内容の検討を通して、授業の充実化が図られている。

看護基礎教育における授業の中でも、臨地実習は看護職を育成するための重要な教育方法であり、効果的な臨地実習を実現するためには、大学と実習施設との連携と協働が必要となる (文部科学省, 2020)。現在、各教育機関で行われている在宅看護論の臨地実習は、主に訪問看護事業所で展開されている。そのため、訪問看護事業所で行われる臨地実習においても、大学と訪問看護事業所との連携を通して指導体制を構築し、学習環境を整備することが重要となる。臨地実習における指導体制について、具体的な指導方法の整備および指導内容の検討については、大学の実習担当教員と実習施設の実習指導担当の役割を担うスタッフで連携が図られる。訪問看護事業所で行われる臨地実習では、実習を受け入れている事業所内の 9 割の訪問看護師が実習指導に携わっている (東海林, 森鍵, 大竹, 細谷, 小林, 2016) 他、実習中は訪問看護師が学生を訪問看護サービスに同行させ、療養者宅へ訪問することが基本となっている。そのため、実習担当教員は指導内容について、実習指導担当者以外

の訪問看護師とも連携を図る機会が多くある。これらのことから、訪問看護事業所で行われる臨地実習の実習担当教員は、実習指導担当者に限らず、事業所に属する訪問看護師とも連携を図る必要がある。しかし、実習指導担当者以外の訪問看護師との連携は、実習中に行われた指導内容の確認が主であり、実習プログラムや指導体制について考えを共有する機会は限られているのが現状である。このことから、大学と実習担当教員は実習指導に携わっている訪問看護師が臨地実習に対して抱いている思いを十分に把握できていない可能性がある。大学と実習施設との連携・協働を図るうえで、実習指導担当者等

Visiting nurses' perceptions of homecare nursing practice: a literature review

Kunimaru Shuhei, Arai Kanako

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2023 年 9 月 30 日受付, 2024 年 1 月 22 日受理

連絡先: 國丸 周平

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町 2500

電 話: 0749-28-8647

F A X: 0749-28-9515

e-mail: kunimaru.s@nurse.usp.ac.jp

の役割に限らず、実習指導に携わっている訪問看護師が抱く臨地実習に対する思いを把握することは、効果的な臨地実習を実現するために重要であるといえる。

以上のことから、これまで行われてきた訪問看護事業所での臨地実習について、実習指導に携わる訪問看護師が抱く思いを明らかにすることは、今後、訪問看護事業所で行われる臨地実習を効果的な内容にするための検討資料になると考える。よって、本研究では、訪問看護事業所で行われる臨地実習に対して実習指導に携わる訪問看護師がどのような思いを抱いているか明らかにすることを目的に文献検討を行った。

II. 用語の定義

訪問看護事業所での臨地実習に対して抱く思い：広辞苑第六版(2008)における「思い」は、「その対象について、心を働かせること」と述べられている。また、「心」は、「人間の精神作用のもとになるもの、思慮、気持」と述べられている。これらのことから「思い」は対象に対して気持を伴わせて、考えを巡らすことと解釈し、「訪問看護事業所での臨地実習について感じ、考えていること」とした。

III. 方法

1. 対象論文の選定

本研究では、実習指導に携わる国内の訪問看護師が訪問看護事業所で行われる実習に対して抱いている思いを明らかにするため、対象となる文献を国内のものに限定

した。文献を選定するにあたり、医中誌 Web、メディカルオンライン、CiNii Research の3つのデータベースを用いて検索を行った。検索は2023年9月に行い、期間の設定は行わなかった。検索語と検索式は「訪問看護師 and 実習」or「訪問看護ステーション and 実習」とし、医中誌 Web およびメディカルオンラインでは原著論文であることを絞り込み条件とした。検索により該当した文献に対して、重複論文、特集記事、文献検討、会議録、解説を除外した。それに加え、COVID-19流行下での実習に焦点を当てた研究は、これまで行われてきた平時での実習とは状況が異なることが考えられるため、本研究では除外対象とした。次に、実習指導を行う訪問看護師に関することを研究の焦点にしていることを基準に表題・抄録を読み、選定を進めた。選定された文献に対して、訪問看護師が訪問看護事業所で行われる実習に対して抱いている思いについて述べられていることを採用基準として本文を精読し、採用基準を満たすものを分析対象とした。

2. 分析方法

対象となった文献は、著者、発行年、研究デザイン、表題、研究目的、研究対象の6項目について整理した。

次に、対象となった文献の結果を読み込み、訪問看護事業所で行われる実習に対して訪問看護師が抱いている思いを示す記述をデータとして抽出した。抽出したデータは、意味内容を損なわないようコード化を行った。コードは類似性に従って分類し、抽象度を上げてサブカテゴリ、カテゴリを抽出した。サブカテゴリ、カテゴリを抽出する際は、研究者間で繰り返し検討を行い、妥当性の確保に努めた。

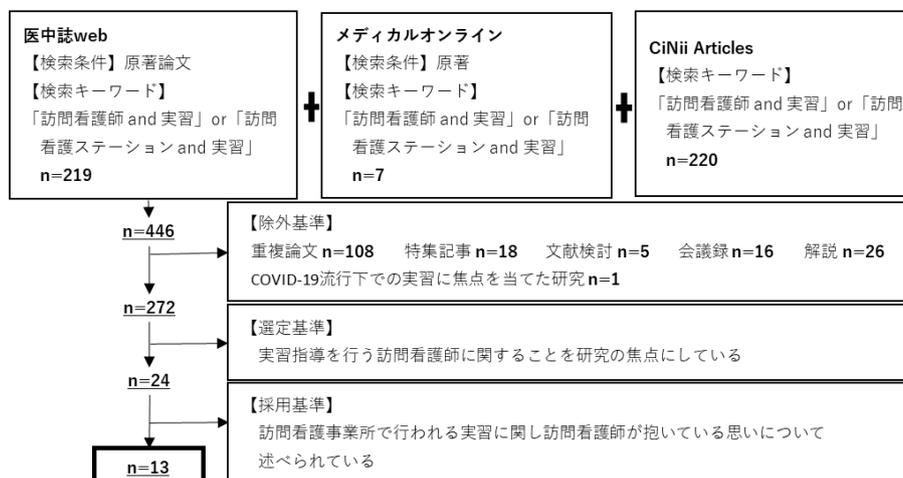


図1 文献選定プロセス

Ⅳ. 結果

検索の結果、計 446 件の文献が該当した。そこから選定を進め、13 件の文献を分析対象とした (図 1)。

1. 対象文献の概要 (表 1)

対象文献を項目別に整理した結果、出版年ごとの文献数は 2015 年が最も多く 4 件、それ以外の年は最も古い 2013 年から 2022 年まで、1～2 件だった。研究デザインについては、量的研究が 1 件、内容分析を含む質的研究が 12 件だった。研究対象は、実習指導者が 7 件の研究で対象となっており、訪問看護師が 5 件、訪問看護事業所の管理者が 3 件だった。

2. 訪問看護事業所で行われる臨地実習に対して訪問看護師が抱く思い (表 2)

訪問看護師が抱いている思いとして、55 コードから 14 サブカテゴリ、4 カテゴリを抽出した。以下、カテゴリごとに述べる。カテゴリは【】、サブカテゴリは「」で示し、コード末尾 () は文献番号を指す。

コードは「」で示し、コード末尾 () は文献番号を指す。

1) 【実習を受け入れるうえでの困難】

このカテゴリは、訪問看護事業所での実習を受け入れることに対して、訪問看護師がさまざまな困難を抱いていることを示し、4 サブカテゴリで構成されていた。

「療養者との調整に関する困難」や「実習を運営するうえでの困難」では、学生が学ぶための学修環境を整えるうえで困難な思いを抱いていることを示している。なかには「実習目標や運営について教員と意思疎通を図ることが難しい (1)」のように、実習担当教員と連携を図ることに困難感を抱いていることが明らかとなった。また、「指導方法に対する困難」で表されている「自身の指導方法に不安を感じていることが実習指導をするうえでの困難となっている (5)」のように、訪問看護師自身の指導能力に対する不安から実習指導に対して困難な思いを抱いていることが示された。加えて、「学生の学習状況が不明瞭であることが実習指導をするうえでの困難

表 1 対象文献の概要

文献番号	著者 (発行年)	研究デザイン	表題	研究目的	研究対象
1	青柳, 照井, リトン (2022)	質的記述的研究	在宅看護論実習において訪問看護師が感じる困難と行っている工夫	訪問看護師が在宅看護論実習において感じている困難と行っている工夫を明らかにする	・訪問看護事業所の管理者 ・訪問看護師
2	後藤, 新村, 内野, 中田, (2021)	グラウンデッド・セオリーにおける継続的比較分析法	訪問看護師が、訪問看護実習教育で大切にしている看護学生への学ばせ方	訪問看護師が、訪問看護実習教育で大切にしている看護学生への学ばせ方について明らかにする	・実習指導者
3	柴田, 鈴木, 町田 (2020)	自記式質問紙調査による内容分析	訪問看護ステーションでの実習における実習指導者と教員との連携の実態と課題	訪問看護ステーションの実習指導者と教育機関の教員とがどのような連携を行いながら実習を進めているのかという実態を実習施設側の視点から明らかにする	・実習指導者
4	井上ら (2019)	質的記述的研究	初めて看護学生の訪問看護実習を受け入れた訪問看護師の実習指導前後の思い	初めて看護実習生を受け入れ、精神科訪問看護実習指導を行う前と後の訪問看護師の思いを明らかにする	・訪問看護師
5	東海林, 古瀬森, 小林 (2019)	質的記述的研究	在宅看護実習で訪問看護師が感じる実習指導上の困難とその対処	在宅看護実習指導において訪問看護師の感じる困難とその対処について明らかにする	・訪問看護師
6	森本, 河野 (2018)	質的記述的研究	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	訪問看護ステーションでの実習期間が学生の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	・訪問看護師
7	富樫ら (2017)	質的記述的研究	訪問看護ステーションにおける在宅看護論実習で実習指導者が学生に伝えたいこと	在宅看護論実習の実習指導者が、学生にどのようなことを伝えたいと思っているのかを明らかにする	・実習指導者
8	柏木, 川村, 原口 (2015)	質的記述的研究	看護基礎教育における在宅看護学実習の現状と課題 訪問看護ステーションへのインタビュー調査から	実習を受け入れている訪問看護ステーションが在宅看護学実習についてどのように捉えているかを明らかにする	・訪問看護事業所の管理者
9	谷田, 大元, 中川, 原田, 布施川 (2015)	フォーカス・ディスカッションによる内容分析	訪問看護師が考える学生指導 FD・FD分析	実習を受け入れている訪問看護ステーションの実習指導者が考えている学生指導について明らかにする	・実習指導者
10	牛久保ら (2015)	質的記述的研究	訪問看護ステーションにおける訪問看護実習受け入れに関する状況	実習受け入れに関係した状況を、訪問看護ステーション側から明らかにする	・訪問看護事業所の管理者 ・実習指導者
11	西村, 田村, 松村, 大西, (2015)	自記式質問紙調査による内容分析	訪問看護実習の居宅で困難と感じる内容の分析 指導者と学生のアンケート調査結果を比較して	訪問先の療養者宅において学生が感じる困難な内容、指導者が感じる学生に対しての困難な内容を明らかにする	・実習指導者
12	迫田, 岡本 (2014)	質的記述的研究	実習指導者として訪問看護師が捉えた在宅看護論実習の現状と取り組み	実習指導者として訪問看護師が捉えた実習の現状と取り組みを明らかにする	・実習指導者
13	松下, 多田, 岡久, 多田, 藤井, (2013)	量的研究	看護学生に対する訪問看護師の実習指導の現状と指導についての意識	訪問看護ステーションで行われる実習指導の現状と訪問看護師の実習指導についての意識を明らかにする	・訪問看護師

表2 訪問看護事業所での臨地実習に対して訪問看護師が抱く思い

カテゴリ	サブカテゴリ	コード(文献番号)
実習を受けけるうえでの困難	療養者との調整に関する困難	実習での同行訪問先となる療養者の確保が難しい(1)
		学生の訪問スケジュールを組むことに苦労する(10)
	実習を運営するうえでの困難	実習目標や運営について教員と意思疎通を図ることが難しい(1)
		教員と連携をとるための時間調整が難しい(3)
	指導方法に対する困難	学生を送迎することに苦労する(10)
		実習を受け入れるうえで、複数の教育機関に対応することが困難である(10)
		訪問看護業務を全うしながら実習指導することが難しい(1)
		実習で訪問看護師による指導の質を保障することが難しい(1)
		学生の特徴に合わせて指導することが難しい(1)
		初めて実習指導を行う訪問看護師は、実習指導に不安を抱えている(4)
学生に対する困難	自身の指導方法に不安を感じていることが実習指導をするうえでの困難となっている(5)	
	世代間のギャップがあることが実習指導をするうえでの困難となっている(5)	
	学生の学習状況が不明瞭であることが実習指導をするうえでの困難となっている(5)	
	学生のコミュニケーションスキルの低さに困難を感じている(11)	
実習の在り様に対する認識	実習指導体制に対して感じる良い点	学生が持つ看護技術の未熟さに困難を感じている(11)
		学生が訪問マナーを身に付けていないことに困難を感じている(11)
		学生の知識不足や対象の理解不足に困難を感じている(11)
		教員との連携は、直接会う方が良いこともあると感じる(3)
		実習期間が2週間あると、学生が経験できる機会が増えると感じる(6)
		実習期間が2週間あると、学生は療養者の個性が理解できると感じる(6)
	実習に対して感じる課題	実習期間が2週間あると、看護展開を行い、学ぶことができると感じる(6)
		実習期間が2週間あると、学生と療養者、指導者と関係がづくりができると感じる(6)
		実習期間が2週間あると、段階的な指導ができると感じる(6)
		実習期間が2週間あると、学生の気づきを感じるができる(6)
実習に対して感じる改善点	同行訪問において指導することは負担になると感じる(3)	
	同行訪問は療養者に対しても負担になると感じる(3)	
	初めて実習指導を行う訪問看護師は、実習指導に多くの負担感を抱いている(4)	
	実習目標は共通しているものの、実習内容や教員の関わりは学校により異なると感じる(8)	
学生に実習指導を求めていること	実習のなかで学生が看護過程を展開するには限界がある(8)	実習時間および訪問先が限られていると感じている(12)
		学生が、療養者を生活者として捉えることは難しいことだと感じている(12)
	在宅療養者とその生活を捉えることを指導したい	専門基礎科目を学ぶ段階で在宅での実習を導入する必要があると考える(8)
		病院ベースの臨地実習から地域包括ケアを基盤とした実習に転換する必要があると考える(8)
	病院と在宅の違いについて指導したい	訪問看護師養成を視野に入れた実習にする必要があると考える(8)
		教員と指導体制や連携の強化を図る必要があると考える(8)
	訪問看護に求められることを指導したい	実習時間を固定せずに柔軟性を持った実習時間・スケジュールを設定する必要があると考える(8)
		生活洞察力を学生に学ばせたいと考えている(2)
	在宅看護において必要とされる技術について指導したい	学生に、療養者を生活者として捉え、人を知ることを伝えたい(7)
		訪問看護の対象である在宅療養者について学ばせたいと考えている(9)
多職種との連携について指導したい	学生に、病院と施設、在宅の看護の場の違いを伝えたい(7)	
	病院と在宅の違いを学ばせたいと考えている(9)	
看護者としての在り方について伝えたい	学生に、サービスとして訪問看護に求められることについて伝えたい(7)	
	学生に、訪問看護師として求められる姿について伝えたい(7)	
実習指導を通して自身で得られるもの	学生に、その人らしい生活を支える訪問看護について伝えたい(7)	
	在宅でのケアの方法を学ばせたいと考えている(9)	
実習指導を通して自身で得られるもの	家族への支援について学ばせたいと考えている(9)	
	在宅看護で求められる技術について学ばせたいと考えている(9)	
実習指導を通して自身で得られるもの	療養者や家族との関係づくりについて学ばせたいと考えている(9)	
	学生に、多職種連携における訪問看護師の役割について伝えたい(7)	
実習指導を通して自身で得られるもの	在宅看護における多職種との連携について学ばせたいと考えている(9)	
	学生に、学習者として好ましい姿勢について伝えたい(7)	
実習指導を通して自身で得られるもの	学生に、訪問看護の楽しさややりがいについて伝えたい(7)	
	実習指導を経て達成感や満足感といった肯定的な思いを抱く(4)	
実習指導を通して自身で得られるもの	指導することを通して自分の成長につながると考えている(13)	
	指導することで学びなおす機会となると考えている(13)	

となっている(5)」に表されるように、実習に臨む学生について十分に捉えきれず、学生に対しても困難感を抱いていることが明らかとなった。

2) 【実習の在り様に対する認識】

このカテゴリでは、訪問看護事業所で行われる実習に対して肯定的に捉えつつも、難色を示すような思いがあることを示しており、3サブカテゴリで構成されていた。

《実習指導体制に対して感じる良い点》では、臨地実習が一定期間あることに対して肯定的な評価をしていることが明らかとなっている。実習指導体制について肯定的な思いを抱いている一方で、《実習に対して感じる課題》や《実習に対して感じる改善点》のように、臨地実習の在り様に課題を感じ、改善が必要と考えていることも明らかとなった。訪問看護師は課題点として「同行訪問は療養者に対しても負担になると感じる(3)」のように臨地実習によって実習指導に当たる訪問看護師だけでなく、学生の同行訪問を受け入れる療養者にも負担がかかることを懸念していた。また、「実習のなかで学生が看護過程を展開するには限界がある(8)」というように、現行の実習プログラムでは学生が取り組めることに限りがあると考えていることも明らかとなった。

3) 【実習を通して学生に指導したいこと】

このカテゴリは、訪問看護師が臨地実習を通して学生に指導したいと考えている内容について表されており、6サブカテゴリで構成されていた。

《在宅療養者とその生活を捉えることを指導したい》は、「学生に、利用者を生活者として捉え、人を知ることが伝えたい(7)」のように、療養者を生活を営む人として捉え、生活に目を向けることを指導したいと考えていることが明らかとなった。他にも《病院と在宅の違いについて指導したい》や《訪問看護に求められることを指導したい》《在宅看護において必要とされる技術について指導したい》《多職種との連携について指導したい》といった、在宅看護の特徴について指導したいという思いを抱いていた。また、それだけでなく《看護者としての在り方について伝えたい》のように、訪問看護事業所での臨地実習を通して、訪問看護師が考える療養者に関わるうえでの姿勢ややりがいについても伝えたいという思いがあることが明らかとなった。

4) 【実習を通して自身が得られるもの】

このカテゴリでは実習指導が訪問看護師自身にとって学びや達成感を得ることができるといえるという思いを持っていることを示しており、1サブカテゴリで構成されていた。訪問看護師は「指導することを通して自分の成長につながると考えている(13)」に表されるように、実習指導が訪問看護師自身の成長や学びなおしの機会につながるといった肯定的な思いを抱いていることが明らかとなった。

V. 考 察

1. 訪問看護事業所での臨地実習に対して訪問看護師が抱く思いの特徴

本研究では、訪問看護師が抱いている思いについて4カテゴリが抽出された。訪問看護師は臨地実習を訪問看護事業所で受け入れることについて前向きな思いを抱き、看護基礎教育における実習の位置づけや実習内容といった実習の在り様に対しても課題や改善点を感じていることが明らかとなった。訪問看護師は実習の在り様に関して、課題の一つとして、療養者を生活者と捉えることは難しいと考えていた。それと同時に、臨地実習を通して指導したい内容について、療養者とその生活を捉えることを指導したいと考えていることも明らかとなった。他に、生活を支える看護や家族への支援、多職種連携について指導したいという思いを抱いていることも明らかになっている。看護基礎教育に必要な学習内容と方法に関して、看護基礎教育検討会報告書(厚生労働省, 2019)では、地域・在宅看護論は地域で生活する人々とその家族を理解し、地域におけるさまざまな場での看護の基礎を学ぶ内容とすること、臨地実習は多職種と連携・協働しながら看護を実践する実習が望ましいことが明記されている。これらのことから、訪問看護師は、臨地実習において学生が療養者を生活者として捉えることに課題を感じながらも、学生が学ぶべき項目であると捉えており、このことを含めて、訪問看護師が指導したいと考えている項目は看護基礎教育に求められる学習内容と合致しているといえる。看護学実習ガイドライン(文部科学省, 2020)では、効果的な臨地実習に必要な指導体制を構築するうえで、実習指導者は各大学の実習目的や目標を理解し、それに応じた指導を行う役割を担うと述べられている。実習指導に携わる訪問看護師は、地域・在宅看護論とその臨地実習で学ぶべき内容と合致した思いを持っていることから、実習指導者としての役割を担う素質を備えていると考えられる。そのため、訪問看護師が感じている臨地実習の課題について大学が把握し、訪問看護事業所と連携を図り、課題の達成に努めることは、臨地実習に重要な指導体制の構築へ向けた有用な足掛かりとなると考える。

訪問看護師は、臨地実習に対して肯定的に捉えながらも、多くの困難を感じていることが明らかとなった。訪問看護師は、自身の指導方法に対する不安を抱え、指導することに対して困難な思いを持っていた。訪問看護事業所での臨地実習では訪問看護師が学生を訪問看護サービスに同行させ、療養者宅へ訪問することが基本となるため、実習指導は療養者宅やその道中といった訪問看護事業所外で行われることが多い。そのため、自身や他の訪問看護師が指導している様子を確認しづらい状況があ

ることが、指導方法に対する不安につながっていると考えられる。また、訪問看護事業所は平均常勤換算従事者数が6.8人（厚生労働省，2017）と比較的小規模で人材が限られている事業所が多い。そのため、勤務中に実習指導に関する研修を受講する時間を確保することが難しいことも、自身の指導方法に対して不安を抱く原因となっていると考える。

また、訪問看護師は臨地実習に対して療養者との調整を図ることや実習を運営することについても困難感を抱いていた。訪問看護事業所での臨地実習は、学生が療養者宅という私的な空間に踏み入る。そのため、療養者だけでなくその家族にも同意を得る必要があるために、苦労や難しいといった困難感を抱くことにつながっていると考えられる。運営について、教員と連携を図ることにも困難を感じている様子が明らかとなっている。これは、訪問看護師が訪問のために事業所を不在にすることに加え、教員が同時に複数の実習施設を並行して担当し、実習施設を巡回して指導を行う方法が基本（菊池，塚原，2022；竹口，中尾，山谷，濱田，2021）となる指導体制により、訪問看護師と教員が事業所で対面する機会が限られていることが原因であると考えられる。

以上のように、訪問看護事業所での臨地実習は訪問看護師が学生を訪問看護サービスに同行させ、療養者宅に赴き、事業所外で実習指導を行う特徴があるために、指導方法や療養者との調整、教員との連携に困難を感じていた。これらは、訪問看護師が臨地実習に対して抱いている思いの特徴的な部分であるといえる。

2. 訪問看護事業所での臨地実習を進めるうえでの課題

本研究では、訪問看護師は臨地実習を訪問看護事業所で受け入れることについて、さまざまな困難を感じていることが明らかとなった。なかには、学生に対して困難を感じているものもあり、訪問看護師が学習状況を含めた学生像を十分に掴み切れないことが原因と考えられるものもあった。訪問看護師を含む臨床看護師は、看護実践や看護の対象者に関しては日常的に関わり、学ぶ機会があるものの、学生に関わり、指導について学ぶ機会は多くない。そのため、訪問看護師が学生を捉えるためには看護基礎教育機関からの情報提供および連携が重要になると考える。教育機関から、学習状況をはじめとする学生個々の情報をはじめ、近年の学生にみられる学習に対する姿勢の傾向についても情報提供することで、訪問看護師が指導対象である学生像を掴み、学生に対する困難感の軽減につなげる必要がある。

また、訪問看護師は自身の指導方法に不安を持ち、実習目標や運営について教員と意思疎通を図ることに困難な思いを抱いていた。これらに対しては、教育機関から訪問看護事業所に対して、実習の目的・目標・求める指導内容の明確な提示と周知を行う必要がある。また、教

育機関と訪問看護事業所で臨地実習について意見を共有する場を設け、実習に対する互いの理解を深めていく必要がある。これらの取り組みを以て訪問看護師が抱く困難感の軽減に努めることが、効果的な臨地実習を実現するにあたり、看護基礎教育機関として取り組むべき課題であると考えられる。

本研究の結果では、訪問看護事業所での臨地実習に対して、訪問看護師は実習の位置づけ等の実習の在り様に対しても評価的な思いを抱いていた。これは、訪問看護師が臨地実習に関心を寄せ、訪問看護事業所での臨地実習に看護基礎教育としての意義を見出していることを示していると考えられる。このような、指導者としての姿勢を備えた訪問看護師が抱えている困難感を解消することで、看護基礎教育機関と訪問看護事業所が協働し、より効果的な臨地実習を作り上げることにつながると考えられる。

VI. 研究の限界

本研究の結果として、困難に関するコードが最も多く抽出され、訪問看護師が抱く思いの特徴は困難に表れていると考えられることが明らかとなった。これは、分析対象となった13件の文献のうち3件が訪問看護師が実習において感じている困難に焦点を絞った研究であり、分析対象の文献に偏りが生じていたことが影響していると考えられる。そのため、訪問看護師が臨地実習に対して抱く思いとその特徴については他にも潜在している可能性がある。

VII. 結論

訪問看護師が訪問看護事業所で行われる臨地実習に対して、どのような思いを抱いているか明らかにすることを目的に文献検討を行った結果、以下のことが明らかとなった。

1. 訪問看護事業所での臨地実習に関する訪問看護師の思いとして【実習を受け入れるうえでの困難】【実習の在り様に対する認識】【実習を通して学生に指導したいこと】【実習を通して自身が得られるもの】の4カテゴリを抽出した。
2. 訪問看護師が臨地実習において指導したいと考えている内容は、地域・在宅看護論とその臨地実習に求められる学習内容と合致していることが明らかとなった。
3. 訪問看護事業所での臨地実習は、訪問看護師が事業所外で実習指導を行うことが多いといった特徴か

ら、訪問看護師間で指導方法やその内容を確認しづらく、教員と対面する機会が限られているために、自身の指導方法や教員と連携を図ることに困難を抱いていた。

文 献

- ・青柳道子, 照井レナ, リトン佳織 (2022). 在宅看護論実習において訪問看護師が感じる困難と行っている工夫. 北海道公衛誌, 35 (2), 85-93.
- ・後藤雪絵, 新村直子, 内野聖子, 中田芳子 (2021). 訪問看護師が、訪問看護実習教育で大切にしている看護学生への学ばせ方. 岐阜医療科学大学紀, (15), 47-53.
- ・井上誠, 近藤美也子, 麻生浩司, 開本貴洋, 吉原由紀子, 中川惣一 (2020). 初めて看護学生の訪問看護実習を受け入れた訪問看護師の実習指導前後の思い. 日精看会誌, 62 (2), 39-43.
- ・柏木聖代, 川村佐和子, 原口道子 (2015). 看護基礎教育における在宅看護学実習の現状と課題 訪問看護ステーションへのインタビュー調査から. 日在宅看会誌, 3 (2), 44-54.
- ・菊池有紀, 塚原ゆかり (2022). みなし指定訪問看護事業所を利用する在宅看護学実習における学び. 日看教会誌, 32 (1), 103-111.
- ・厚生労働省 (2017). 訪問看護のサービス提供の在り方に関する調査研究事業 (速報値). https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000182797.pdf (最終閲覧日 2023年9月28日)
- ・厚生労働省 (2019). 看護基礎教育検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf> (最終閲覧日 2023年9月28日)
- ・松下恭子, 多田敏子, 岡久玲子, 多田美由貴, 藤井智恵子 (2013). 看護学生に対する訪問看護師の実習指導の現状と指導についての意識. JNI, 12 (1), 36-43.
- ・文部科学省 (2020). 看護学実習指導ガイドライン. https://www.mext.go.jp/content/20200225-mxt_igaku-000005179_1.pdf (最終閲覧日 2023年9月28日)
- ・森本安紀, 河野益美 (2018). 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. 人間看護学研究, (16), 57-66.
- ・新村出 (2008). 広辞苑 (6). pp.424, 東京:岩波書店.
- ・西村和子, 田村和子, 松村あゆみ, 大西貴子 (2015). 訪問看護実習の居宅で困難と感じる内容の分析 指導者と学生のアンケート調査結果を比較して. 日看会論集:看教育, 45, 102-105.
- ・迫田智子, 岡本実千代 (2014). 実習指導者として訪問看護師が捉えた在宅看護論実習の現状と取り組み. 日看会論集:地域看護, (44), 188-191.
- ・柴田滋子, 鈴木美和, 町田貴絵 (2020). 訪問看護ステーションでの実習における実習指導者と教員との連携の実態と課題. 日地域看護会誌, 23 (1), 52-58.
- ・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指導における自己効力感と関連要因. 北日看会誌, 18 (2), 17-29.
- ・東海林美幸, 古瀬みどり, 森鍵祐子, 小林淳子 (2019). 在宅看護実習で訪問看護師が感じる実習指導上の困難とその対処. 日本看護研究学会雑誌, 42 (4), 819-828.
- ・竹口和江, 中尾八重子, 山谷麻由美, 濱田由香里 (2021). 在宅看護論実習の充実に向けた学生の学びの検討 学生が捉える「生活者としての療養者」の特徴. 長崎県立大学看護栄養学部紀要, 19, 11-20.
- ・谷田恵美子, 大元雅代, 中川陽子, 原田京美, 布施川雅子 (2015). 訪問看護師が考える学生指導 FD・FD分析. インターナショナル Nursing Care Research, 14 (4), 19-28.
- ・富樫和代, 松下裕子, 田儀千代美, 田中清美, 吉野早織, 曾根美沙, 森川忍, 人見絹江 (2017). 訪問看護ステーションにおける在宅看護論実習で実習指導者が学生に伝えたいこと. 中国国立病看校紀, 12, 18-33.
- ・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実習受け入れに関する状況. The Kitakanto Medical Journal, 65 (1), 45-52.

活動と資料

高齢がん終末期療養者の在宅療養に関連した
家族の心理に関する文献検討森 望美¹⁾, 糸島 陽子²⁾, 岡本 紀子²⁾¹⁾ 滋賀県立大学大学院人間看護学研究科²⁾ 滋賀県立大学人間看護学研究院

要旨 日本ではがん終末期を在宅で過ごすために家族の存在が重要であるが、その心理は十分明らかになっていない。本研究では、高齢がん終末期療養者の家族が在宅療養に関連する心理について2013年以降の先行研究を用いて文献検討を行った。高齢がん終末期療養者の家族を研究対象とした14本の原著論文から、在宅療養について抱いた家族の心理の記述を抽出、療養の時期に注目し、質的帰納的に分析した。高齢がん終末期在宅療養者の家族の心理は、在宅療養前は在宅へ移行しようという心理と移行せざるを得ないという心理、在宅療養中は在宅療養の充足感と鬱積した心理、さらに療養者に迫りくる死を感じるが実感できないという心理があり、看取り後は看取りの達成感と、大切な人を失ったつらさを抱える心理があった。家族の心理は療養の時期により変化し、常に在宅療養の選択・継続と、差し迫る死に対する相反する感情で揺れており、療養者の残り時間が少ないという家族の認識が、家族の心理や死の準備性、さらには在宅療養の選択や継続に影響を与えている可能性が示唆された。

キーワード 高齢がん終末期, 在宅療養, 家族の心理, 文献検討

I. 背景

日本における死因第1位は1981年以降、悪性新生物(がん)である。2022年にがんで死亡した人は38.6万人で、そのうち88%が65歳以上の高齢者である(令和4年度人口動態調査)。そのため看護を必要とする高齢がん療養者と家族が多数存在している。

厚生労働省(2023a)の「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」によると、もしがんだったら自宅で最期を迎えたいと答える人の割合は32.2%である。しかし実際のがん患者の死亡場所は69%が病院で、在宅死は21.5%(令和4年度人口動態調査)であり、希望と現実には乖離がある。

在宅で療養したいという療養者の希望があっても実現できていない現状をふまえ、厚生労働省(2012a)は、家族の不安や負担の軽減を念頭に、退院支援、急変時の対応体制の確保、看取り体制の構築を盛り込んだ「在宅医療・介護あんしん2012」を打ち出し、在宅医療と介護の強化を推進した。さらに緩和ケア病棟において、在宅への円滑な移行を促進するため緩和ケア病棟の入院料通減制が導入された(厚生労働省, 2012b)が、がん療養者の実際の死亡場所と希望の乖離は依然として解消されていない。

2017年の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」(厚生労働省)では、もし末期がんだったとして最期を自宅以外で迎えたいと答えた人にその理由は「家族等に負担がかかるから」が最も多かったことから、がんの療養に関する意思決定には家族への配慮が大きく影響していると言える。在宅看取りには、家族の希望を重視するという日本従来の意思決定スタイルなどから療養者の意向よりも家族の意向が反映されやすい(佐藤ら, 2015)。また、がん終末期の在宅療養者を介護した家族

A literature review on the psychology of families related to home care for elderly cancer patients in terminal stage

Nozomi Mori¹⁾, Yoko Itojima²⁾, Noriko Okamoto²⁾

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

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

2023年9月30日受付, 2024年1月22日受理

連絡先: 糸島 陽子

滋賀県立大学人間看護学研究院

住 所: 彦根市八坂町 2500

電 話: 0749-28-8648

F A X: 0749-28-9516

e-mail: itojima.y@nurse.usp.ac.jp

の60%以上が精神的な負担が大きかったと答えた(三條, 2010), 家族のつらさ(畑, 原田, 高岡, 松本, 新城, 2015)や, 家族が体験する困難(石井, 宮下, 佐藤, 小澤, 2011)についての研究報告が見られた。さらに, 在宅療養の中断は, 療養者の要因よりも, 家族の介護負担という身体的要因や, 不安, 抑うつ, 精神的負担といった精神的要因で中断となったケースが多い(橋本ら, 2015)ことが明らかになっていた。しかし, 精神的負担があったとしても, 在宅療養を選択し最期まで継続した家族はどのような心理だったのかに焦点を当てた先行研究は見当たらない。

本研究は2013年から2022年に発表され, 高齢がん終末期療養者の家族の心理を記述した先行研究を用いて, 在宅療養に関連した家族の心理を明らかにする。これにより家族の理解を深められ, 家族支援を充実させる手掛かりにできると考える。

II. 目的

研究対象者が高齢がん終末期療養者の家族である先行研究を文献検討し, 在宅療養に関連した家族の心理を明らかにし, 実践への示唆を得る。

III. 用語の定義

家族の心理: 高齢がん終末期療養者の家族が, 在宅療養に関連して生じた心のあり様や気持ち, 感情, 心の動きのことを指す。感情が行ったり来たりする揺らぎも含む。

IV. 方法

文献は医学中央雑誌 Web 版(以下医中誌)と Google Scholar を使用して検索した(検索日 2023/6/11)。社会保障制度, 家族構造, 家族の役割規範は国や文化で違うこと, 家族の心理の機微を読み取る必要があることから和文のみを研究の対象とした。キーワードを「在宅」and「終末期」and「がん」and「家族」and「心理」とし, 2013年以降に発表された原著論文を検索し, 高齢者(成人, 小児を除く)を絞り込みの条件とした。

対象論文中から在宅介護や看取りに関する家族の心理が記述されている部分を抽出し, 質的記述的分析方法を用いて類似するものでまとめ, 意味内容を損なわないよう要約してコード化し, コードを分類, 統合してサブカテゴリー・カテゴリーを形成した。

V. 結果

検索の結果, 医中誌 54 件, Google Scholar 52 件が検索条件に該当し, 重複した文献は 1 件であった。合計 105 件の文献の表題, 抄録を読み, 研究対象者が家族である論文を絞り込んだところ, 該当した文献は 16 件で, そのうち家族の心理の記述がないもの 2 件を除外し, 14 件を分析対象とした(図 1)。対象文献において家族の心理の記述は 275 カ所あった。これらの記述をカテゴリー化した結果, 全体として 7 カテゴリーと 15 サブカテゴリー, 64 コードが作成された(表 1)。また, 心理が生じた時期は在宅療養前, 在宅療養中, 看取り後の 3 つの時期で分類できた。在宅療養前では【良くない病状と在宅療養が不安だが在宅療養へ移行せざるを得ない】【残りの時間を意識して家に帰ることを決断する】, 在宅療養中では【在宅療養の負担が大きく鬱積した思いが募る】【残り少ない時間を家で過ごせ充足感がある】【迫りくる死を感じるが実感できない】, 看取り後では【大切な人を失ったつらさと新たな悩みがある】【達成感で自分の今後の時間を有意義に過ごそうと思える】のカテゴリーに分類された。カテゴリーを【】, サブカテゴリーを<>, コードを“”, 抽出した家族の心理の記述を「」で示し, 療養の時期毎に結果を述べる。

1. 在宅療養前

在宅療養前の家族の心理は, 【良くない病状と在宅療養が不安だが在宅療養へ移行せざるを得ない】【残りの時間を意識して家に連れて帰ることを決断する】という 2 つのカテゴリーに分類された。【良くない病状と在宅療養が不安だが在宅療養へ移行せざるを得ない】では, <病状を受け入れたくないが治療の限界が来ていると感じる><医療処置を療養者の世話と生活すべてを担うのが不安><自分が家で見るのは無理だと思っていたが周りの圧力で在宅療養するしかない>, 【残りの時間を意識して家に帰ることを決断する】では, <病院での療養が療養者にとって一番いいとは思えず希望通り家に帰らせたい><現状なら自宅で過ごせそうだが病状が悪くなれば再入院したい>のサブカテゴリーがあった。

その内容は, 家族は治療中の療養者を見て<病状を受け入れたくないが治療の限界が来ていると感じ>, 在宅療養を検討し始めた時期に<医療処置, 療養者の世話, 仕事を含む日常生活のすべてを担う>ことについて「すべてが心配」(上林, 日下, 武藤, 2017)と不安を感じていた。<自分で見るのは無理>と思っているも, 「先生からもう何も一切しないと言われ, 切られた」(山村, 長戸, 野嶋, 2018)と感じたり, 周りに押し切られたりして在宅療養へ移行せざるを得ないという心理があった。

次に, 最期は病院に任せたいという家族の心理があっ

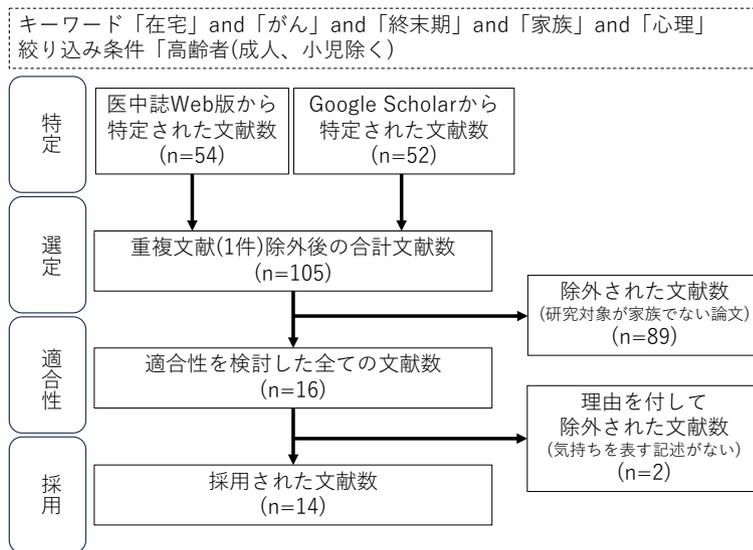


図1 文献の選定過程

た。「自分が看取るのは難しいので一時的と定めて家で看ることにする」(吉田, 2020) や、「症状や病状が悪化したら入院させてほしい」(番匠, 梅田, 2019) という、〈在宅での看取りまでは見通せず一時的だと思って家に帰る〉〈症状が悪化して自分たちの手に負えなくなったら再入院したい〉という心理であった。

しかし一方では、在宅療養移行を自ら決断した心理がみられた。それは「限られた時間を家で過ごしたい本人の願いを叶えてあげたい」(吉岡, 加藤, 吾郷, 2017) や「余命を考え」(高儀, 2014), 「生きてるうちに」(森, 雄西, 今枝, 板東, 高橋, 長楽, 2020), 「最期まで」(吉田, 2020) というように、療養者との時間が限られていることを意識して〈病院が療養者にとって一番いいとは思えず、希望通りに家に帰らせたい〉と在宅看取りを見越しながら在宅療養への移行を決断していた。

またこの時期の家族には、療養者の状態、得られる支援、仕事を含む自分たちの生活を総合的に見て“今なら帰れる”と判断するという心理があった。具体的な記述としては、「今の体の状態なら家に連れて帰ることができる」(吉岡ら, 2017) や「自分でトイレに行ける状態だったら(退院できる)」(吉岡ら, 2017), 「痛みがひどくって手が付けられなくなった時は病院にお願いしよう。でもそれもなかったらおうちでみる」(小暮, 中西, 廣瀬, 2018) と、もともと家に連れて帰るという意識が前提にあり、療養者の病状や体調を見てできると判断したこと、「自分と娘が(中略)2人でやればなんとかなるんじゃないか」(小暮ら, 2018) や、「私さえ休みが取れば、在宅療養はできると思ったのね」(山手, 2014) と自分たちの生活や介護力を見て判断したこと、「周りの支え

があると思えば、自宅でも介護ができるかな」(山手, 2014), 「(退院前カンファレンスに参加して) これだけの人が協力してくれれば大丈夫だっていうのはありました」(小暮ら, 2018) と得られる支援を見て判断したことが記述されていた。さらに、「今なら帰れる、悪くなら受け入れますと言われた」(小暮ら, 2018) というように再入院が可能であるという保証を得て在宅療養移行の決断をしたという心理があった。

2. 在宅療養中

在宅療養中の家族の心理は、【在宅療養の負担が大きく鬱積した思いが募る】【残り少ない時間を家で過ごせ充足感がある】【迫りくる死を感じるが実感できない】という3つのカテゴリーに分類された。【在宅療養の負担が大きく鬱積した思いが募る】では〈療養者の苦痛を和らげることができず自分もつらい〉〈介護に無我夢中だが上手くいかず鬱積した思い〉, 【残り少ない時間を家で過ごせ充足感がある】では〈残り少ない時間なのでできる限りのことをしてあげたい〉〈支援を得て在宅療養に上手く適応でき家に帰ってきたことでいい時間を過ごしている〉, 【迫りくる死を感じるが実感できない】では〈療養者に迫りくる死に苦痛と恐怖を感じ避けられない現実で苦悩する〉〈迫りくる死を実感できない〉のサブカテゴリーがあった。

その内容として、家族は“この介護には期限があるので家で看られる”と思いつつ、療養者に対して「できるだけのことはしてあげよう」(森ら, 2020) や、「恩返しをしたい」(大西, 2015) といった療養者に尽くしたい思いがあるのに、「療養者の辛さがわからない」(吉田, 2020), 「鎮痛剤をうまく使えず、苦しむ患者をどうしていいかわからない」(森ら, 2020) といった〈療養者の苦痛を和らげることができず自分もつらい〉という家族の心理があった。さらに、「どういうふうになつていくのかも全然分からなかった」(宮林, 古瀬, 2014) と家族はこれから先が見通せず「介護負担で日常生活をまともに過ごせない」(森ら, 2020) ほど心身に余裕がなくなっていた。加えて、家族には「療養者の心身にとって自宅以外の療養環境の方が良いのではないか」(本多, 京田, 神田, 2022) と療養場所が家でよいか悩み、他の家族と上手く協力できなかったり、時には療養者に苛立ちをぶつけてしまったりするなど〈介護が上手くいかず鬱積した思い〉を抱くという心理があった。

鬱積した思いの一方で、「(チームに) すごくね、良くしてもらった」(大西, 2015) という記述や「家にいれ

表 1 療養時期別に見る高齢終末期がん療養者の家族の心理

時期	カテゴリ	サブカテゴリ	コード	引用文献
在宅療養前	良くない病状と在宅療養が不安だが在宅療養へ移行せざるを得ない	病状を受け入れたくないが治療の限界が来ていると感じる	がんや診断されショックを受け、現実を受け入れたくない	高嶺(2014)、山村(2018)
			がんやステージIVであることを受け入れたくない	岡本(2013)、山村(2018)
			早く病院に連れていけばよかつたその後悔する	山村(2018)
			療養者には諦めないで最善の治療を受けてほしい	山村(2018)
			医療者、療養者の様子から治療の限界を感じてつらい	小暮(2018)、山村(2018)、山手(2018)
			自分の体調が良くないので家では介護疲れで倒れるのではないか不安	番匠(2019)、山手(2014)
			在宅療養は不安と心配が尽きない	番匠(2019)、上林(2017)、小暮(2018)、宮林(2014)
			医療処置と療養者の世話と生活すべてを担うのが不安	番匠(2019)、上林(2017)
			療養者にどう接したらいいかわからない	番匠(2019)、上林(2017)、高嶺(2014)
			近づく死に対峙するのが怖い	番匠(2019)
在宅療養前	自分が家で看るのは無理だと思っていたが周りの圧力で在宅療養するしかない	病状を受け入れたくないが治療の限界が来ていると感じる	自分では看られないし、他の家族に迷惑かけられない	小暮(2018)、高嶺(2014)
			病院にいたほうが安心	番匠(2019)上林(2017)、小暮(2018)
			在宅療養移行は周りに押し切られた	小暮(2018)、吉田(2020)
			在宅療養移行は医療者にお任せ	小暮(2018)、山村(2018)、吉岡(2017)
			医療者の対応に不信や反発する気持ちが湧く	大西(2015)、山村(2018)、山手(2014)、宮林(2014)、大西(2015)、山手(2014)
			病院での処置や最期を考えると本人がかわいそうで、家に連れて帰りたい	上林(2017)、小暮(2018)、森(2020)、大西(2015)、高嶺(2014)、山手(2014)、吉田(2020)、吉岡(2017)
			残りの時間が限られているので、本人の家に帰りたい望みを叶えたい	上林(2017)、小暮(2018)、吉岡(2017)
			苦しまないで、安楽に過ごさせたい	小暮(2018)、大西(2015)、山手(2014)、吉岡(2017)
			療養者にとっても治らないので気分を切り替えよう	山村(2018)
			自分が泣いても治らないので気分を切り替えよう	吉岡(2017)
在宅療養前	現状なら自宅で過ごせそうだが病状が悪くなれば再入院したい	療養者の苦痛を和らげることができず自分もつらい	今の療養者の状態、自分たちと支援者の状況なら帰れる	番匠(2019)、小暮(2018)、大西(2015)、山手(2014)、吉岡(2017)
			状態が悪くなったり困ったり困ったら病院に入院させてほしい	番匠(2019)
			いつでも病院が受け入れてくれるという保証で安心した	小暮(2018)
			一時的なら家に連れて帰ることができると思う	小暮(2018)、吉田(2020)
			最期は病院で迎えると思う	番匠(2019)、山村(2018)
			療養者の苦痛がわかってあげられない	松野(2022)、森(2020)、吉田(2020)
			療養者の苦痛をどうにもできず自分もつらさ、苛立ち、無力感がある	本多(2022)、宮林(2014)、森(2020)、高嶺(2014)、吉岡(2017)
			病状と療養生活が今後どうなるかわからなくなると不安	宮林(2014)、吉田(2020)、吉岡(2017)
			介護に無我夢中で、負担となり疲れ切っていると感じる	本多(2022)、森(2020)、山手(2014)、吉岡(2017)
			療養場所について心が揺らぎ悩む	本多(2022)、宮林(2014)、吉田(2020)
在宅療養前	介護に無我夢中だが上手にいかず鬱積した思いが募る	療養者の苦痛を和らげることができず自分もつらい	介護に無我夢中で、負担となり疲れ切っていると感じる	宮林(2014)、森(2020)
			介護に無我夢中だが上手にいかず鬱積した思い	番匠(2019)、森(2020)
			親戚や家族がかえってストレスとなる	森(2020)、山手(2014)
			介護と仕事・子どもの世話・自分の生活の両立が難しい	本多(2022)、宮林(2014)、吉田(2020)
			離れている間も療養者を気にかけて心配する	本多(2022)

在宅療養中	看取り後
残り少ない時間を家で過ごせ満足がある	達成感で自分の今後の時間を有意義に過ごそうと思える
残り少ない時間なのでできる限りのことをしてあげたい	大切な人を失ったつらさと新たな悩みがある
残り少ない時間なのでできる限りのことをしてあげたい	死別後に新たな悩みができた
この介護には期限があるので家で看られると思う	死別後に自分の体調が悪くなった
残り少ない時間を意識して仕事より介護を優先しようと思う	療養者が担っていた役割が分からないことが多すぎて困る
語られなくても療養者の様子から心情を読み取りたい	夫が亡くなり経済的に不安がある
家に連れて帰ってきたのでいい時間を過ごさせている	
面会に通うより在宅療養の方が楽だと感じる	
介護方法を教えてもらえたり精神的に支えられ看取りの準備ができた	
近所の方、親戚、職場の方から支援の協力を得られた	
家族で力を合わせて協力できた	
気分転換をして介護の負担に対処し、自分はまだやれられると思う	
療養者の様子から体調の悪化や迫りくる死を感じ取り、戸惑い、苦悩する	
死が迫ることを受け入れられないが、受け入れざるを得ないと思う	
死が怖い	
迫りくる死が実感できない	
知識不足のために症状を見ても差し迫った死を感じない	
残された時間でやるべきことをやり切り、濃い時間を過ごすことができた	
満足のいく看取りができたことを自負する	
介護から解放され、体調は良くなった	
悲しみに浸るのではなく気持ちを切り替えることをしよう	
自分の残された時間を有意義に過ごそうと思う	
療養者を失った実感がわかない	
大切な療養者の喪失が受容できずつらい	
もっとやれることがあったかもしれないと思いつつ	
死別後に自分の体調が悪くなった	
療養者が担っていた役割が分からないことが多すぎて困る	
夫が亡くなり経済的に不安がある	

家族としての責任があるので自宅で介護するのは当然	本多(2022)、小暮(2018)、大西(2015)、高嶺(2014)
療養者にできる限りのことをしてあげたい	本多(2022)、宮林(2014)、森(2020)、大西(2015)、吉田(2020)
最後までその人らしく生きてほしい	本多(2022)、宮林(2014)、大西(2015)、高嶺(2014)、吉田(2019)
この介護には期限があるので家で看られると思う	宮林(2014)、大西(2015)、高嶺(2014)
残り少ない時間を意識して仕事より介護を優先しようと思う	本多(2022)、宮林(2014)、森(2020)、山手(2014)
語られなくても療養者の様子から心情を読み取りたい	高嶺(2014)、山村(2018)、吉田(2020)、吉岡(2022)
家に連れて帰ってきたのでいい時間を過ごさせている	本多(2022)、松野(2022)、高嶺(2014)、山村(2018)
面会に通うより在宅療養の方が楽だと感じる	山手(2014)、吉田(2020)
介護方法を教えてもらえたり精神的に支えられ看取りの準備ができた	宮林(2014)
近所の方、親戚、職場の方から支援の協力を得られた	宮林(2014)、大西(2015)、高嶺(2014)、山手(2014)、吉田(2017)
家族で力を合わせて協力できた	宮林(2014)、山手(2014)
気分転換をして介護の負担に対処し、自分はまだやれられると思う	本多(2022)、山手(2014)、吉田(2020)
療養者の様子から体調の悪化や迫りくる死を感じ取り、戸惑い、苦悩する	本多(2022)、宮林(2014)、森(2020)、高嶺(2014)、山村(2018)、吉田(2020)、吉岡(2017)
死が迫ることを受け入れられないが、受け入れざるを得ないと思う	岡本(2013)、本多(2022)、大西(2015)、吉岡(2018)
死が怖い	吉田(2020)
迫りくる死が実感できない	本多(2022)、山村(2018)、吉田(2020)
知識不足のために症状を見ても差し迫った死を感じない	山村(2018)、吉田(2020)
残された時間でやるべきことをやり切り、濃い時間を過ごすことができた	岡本(2013)、高嶺(2014)、山村(2018)
満足のいく看取りができたことを自負する	岡本(2013)
介護から解放され、体調は良くなった	岡本(2013)
悲しみに浸るのではなく気持ちを切り替えることをしよう	岡本(2013)、山村(2018)
自分の残された時間を有意義に過ごそうと思う	岡本(2013)、山村(2018)
療養者を失った実感がわかない	岡本(2013)
大切な療養者の喪失が受容できずつらい	岡本(2013)、吉田(2020)
もっとやれることがあったかもしれないと思いつつ	岡本(2013)、吉田(2020)
死別後に自分の体調が悪くなった	岡本(2013)
療養者が担っていた役割が分からないことが多すぎて困る	岡本(2013)
夫が亡くなり経済的に不安がある	岡本(2013)

ばわりに普通に暮らせて」(山村ら, 2018), 「(家族でいるときは穏やかで) 笑ってるね, みんな」(松野, 2022) と言ったように〈支援を得て在宅療養に上手く適応でき, いい時間を過ごせている〉と家族が充足感を得ていた心理があった。

次にこの時期の家族には, 「目の前で急激に状態が悪化する本人の姿に戸惑う」(吉岡ら, 2017) や, 「痩せた体や動けずに段々と弱っていく姿を見る辛さ」(森ら, 2020), また「最期まで家で見るのは怖い」(番匠ら, 2019) というように, 家族は〈療養者に迫りくる死に気づき苦痛と恐怖を感じ, 避けられない現実で苦悩〉する心理があった。迫りくる死に気づく一方で〈迫りくる死を実感できない〉という, 療養者の死に関連した相反する心理があった。具体的な記述として, 「もちろん覚悟はしてたけど。(中略) 実際ね, リアルに意識するのはやっぱり(亡くなる) 1日2日前なんだなって」(本多, 京田, 神田, 2022) などがあつた。

3. 看取り後

看取り後の家族の心理は【大切な人を失ったつらさと新たな悩みがある】【達成感で自分の今後の時間を有意義に過ごそうと思える】という2つのカテゴリーに分類された。【大切な人を失ったつらさと新たな悩みがある】では〈大切な療養者の喪失が受容できずつらい〉〈死別後に新たな悩みができた〉, 【達成感で自分の今後の時間を有意義に過ごそうと思える】では〈やるべきことをやり切り, 満足感と達成感がある〉〈悲嘆から抜け出し, 安定した日常を取り戻そうと思う〉というサブカテゴリーがあつた。

その内容は, 看取り後の家族は, 「夫の死の受け入れが難しかった」(岡本, 中村, 2013) や「人の顔を見るのがつらい」(岡本ら, 2013), 「死後に身体の具合が悪くなった」(岡本ら, 2013), という死別後の悲嘆と体調不良や, 新たな悩みとして療養者の役割を代わりに果たすことや, 夫を亡くしたことによる経済的な不安があつた。

同時に前向きな心理もあり, 「がんでよかったと思いますね。段階を経ていろんなことを片付けられたでしょ」(山村ら, 2018) や, 「本当に1日1日が濃いあれ(時間) だ(つた) ね」(山村ら, 2018) と「残された時間でやるべきことをやり切り, 濃い時間を過ごすことができた」や, 「敬教会や市民学級にも入りたいな。まだ何年かを元気に過ごしたい」(山村ら, 2018) という〈安定した日常を取り戻そう〉という心理があつた。

VI. 考 察

高齢がん終末期療養者の家族の在宅療養に関連する心

理は, 療養の時期によって特徴と連続性があり, いずれも時期においても在宅療養選択・継続の可否に対してと, 療養者の死の受け入れに対しての相反する感情を併せ持つ心理が示された。家族が持つ, がん終末期の療養者の残り時間には限りがあるという認識が, 家族の心理さらには在宅療養の選択や継続に影響を与えていることが示唆された。これより家族の心理と必要な支援について述べる。

1. 高齢がん終末期療養者の家族の心理の特徴

家族が, 療養者の生存する時間が限られていることを認識することで“本人の思いを叶えよう”や“期限があるから介護できる”と在宅療養を決断していたことから, 在宅療養への移行には残された時間が限られているという時間の認識が重要な要因になると考えられた。病院で死亡したがん終末期患者の家族を対象とした先行研究では, がん患者の家族には「患者のわずかな生への可能性を切望する」(佐竹, 京田, 近藤, 2021) や「患者がどんな状態にあっても患者の回復を信じ, 願い求める」(大川ら, 2001) という思いがあり, 患者の残り時間が少ないことを受け入れにくいと言われている。しかし, 今回の結果では, 家族が療養者の残り時間が少ないことを受け入れて, 在宅療養と向き合っていた。人が老いて生きる過程は自然なもの(長江, 2014) で, 「老衰」(厚生労働省, 2023b) と言われるように高齢者は特筆すべき死亡の原因がなくても自然死に至る(厚生労働省, 2023b)。がん療養者が高齢であることが, 療養者の残り時間が少ないことの受け入れを比較的容易にさせ, 成人期の患者家族に見られるようながん治癒の希求よりも, 療養者の安寧を優先し在宅療養を選択するという家族の心理につながった可能性がある。

また在宅療養前の家族は, 不安などから在宅療養に消極的なのに, 周りに押し切られて在宅療養をせざるを得ないという心理や, 療養者や支援の状況を見極めて“今なら帰れる”と判断すること, “いつでも病院が受け入れてくれるという保証で安心”し在宅療養を決断することから, 家族の心理は, 周囲の状況や支援から影響を受けるという特徴があつた。

次に, 在宅療養中の家族には, 在宅療養の継続と療養者に差し迫る死についての相反する感情で揺れる心理がみられた。柳原(1998)や大川ら(2001)は, 入院中のがん終末期の患者家族は, 療養者に差し迫る死や看取ること, 家族や周囲の人との関係などに対して相反する気持ちを同時に持ち, 常に揺れ動いていると述べており, 今回文献検討した在宅療養の療養者家族においても同様と考えられた。

【在宅療養の負担が大きく鬱積した思いが募る】を見ると, ①療養者の苦痛, ②介護と仕事や生活との両立, ③療養生活や死別がどうなるかという不安, ④療養者や

親戚家族・支援者との関係性の4つが家族の負担要因であると考えられた。しかし、同じ要因であっても【残り時間を家で過ごせ充足感がある】と感じている家族もいた。このことから家族が、要因が多く上手く対処できていないと感じると在宅療養の負担感が増し、要因が少なく上手く対処できていると感じると在宅療養の充足感につながると考えられる。島田ら(2004)の研究によると、「できる限りの介護ができた」という思いが看取り後の満足感につながる。このため、在宅療養中に家族の“できる限りのことをしてあげたい”という思いが満たされることは重要であり、在宅療養の在り方は看取り後の家族の心理にも影響を及ぼす。

看取り後においては、大切な人を失ったつらさがある一方で、看取りを終えた達成感という相反する感情を併せ持つ心理がみられた。家族と療養者の生前の関係性や得られた支援が看取り後の家族の心理に影響を与える可能性がある(佐野ら, 2014)と言われているが、在宅看取り後の遺族を対象とした悲嘆に関する研究は少なく(水上, 横井, 糸島, 2021)、さらなる研究が必要である。

2. 家族に必要な支援

家族の心理は療養の時期によって変化していたため、時期に合わせた支援が必要である。在宅療養前のカテゴリに【残りの時間を意識して家に連れて帰ることを決断する】があったことから、療養者の残り時間が短いことと療養者の希望を、家族と共有することが重要であると考えられ、話し合いの場を調整するなどの医療者の支援が必要である。

また、在宅療養前のカテゴリには「不安」があったため、家族の不安を解消させるような支援が必要である。文献検討の結果から考察すると、家族が家でも療養可能と思えるような療養者の症状コントロール、自分たちでも対処できると思えるような症状悪化時の対応方法の提示と指導、スムーズな移行が可能だと思える介護プラン等の提示などである。在宅療養がとにかく不安という漠然とした不安に対しては「困ったときは助けてもらえる」と思ってもらえるように、いつでもつながる連絡先を提示したり再入院が可能であると伝えたりすることが有効だと考えられた。大園, 福井, 川野(2014)の調査でも、揺れ動き型の家族には、在宅導入期と臨死期に訪問診療や訪問看護師が丁寧に関わることで在宅看取りを可能にしていた。

次に在宅療養中は、家族は【在宅療養の負担が大きく鬱積した思いが募る】ため、重すぎる介護負担を減らすためにサービスを活用し、充分な量のサービスを提供する必要がある。しかしそれだけでなく、「介護負担の軽減にならないヘルパーへの不満を抱く」(森ら, 2020)や「訪問看護師に束縛されるような気がする」(番匠ら, 2019)というような“サービスが負担の軽減にならない”

という家族の心理にならないよう、サービスの質にも配慮し、ニーズに即したサービスの提供を目指して多職種と協働する必要がある。

看取り後の支援では、グリーフ(悲嘆)の軽減のためにむしろ生前のケアが重要(渡辺, 2020)と言われている。死の準備性 *Preparedness for death* という概念があり、これが高いと、より積極的な対処、複雑性悲嘆症状の低下、死別後の抑うつ症状の少なさなど、より良好な結果が得られる(Treml, e Schmidt, Nagl, Kersting, 2021)と言われている。死の準備性とは認知的・感情的・行動的な要素を含み、支援としては差し迫った死に関する明確な情報を提供し、ケアに参加しやすくすること(Treml J, et al. 2021)などが必要であるとされている。在宅療養中のコードに見られるように、家族が療養者の“残り時間が少ない”ことを認知し、“迫りくる死を受け入れざるを得ない”という感情に至り、看取り後のコードに見られるような“やるべきことをやり切る”という行動をとることは、死の準備性を高めることにつながり、看取り後の悲嘆の軽減に繋がる可能性がある。家族がつながりを強化することも死の準備性を高めると言われており(Singer, Papa, 2021)、“近所、親戚、職場の人から協力が得られる”ことや“支援者から精神的に支えられる”ことはつながりを強化し、家族の死の準備性を高め、看取り後の悲嘆の軽減につながると考えられる。そのため看護師は家族と良好な関係を築き、家族を精神的に支え、家族間やチームメンバーのコミュニケーションを促進する役割を果たすことが求められる。これらの実践が家族の心理にどのような影響を与えるかについては、今後の研究課題である。

Ⅶ. 研究の限界

がん末期の在宅療養者の家族は、在宅療養前から看取り後まで相反する感情を抱く心理が示された。しかし、在宅療養前から看取り後までを通して同一家族の心理を捉えた研究はなかった。今後は療養の各時期において変化する家族の心理を詳細に捉え、家族のニーズを支える具体的な看護について明らかにする必要がある。

Ⅷ. 結 語

高齢がん終末期在宅療養者の家族の心理は、在宅療養移行前、在宅療養中、看取り後という療養の時期によって特徴と連続性があり、どの時期にも在宅療養に対して相反する感情を抱く心理、療養者の死に対して相反する感情を抱く心理があった。

また、がん終末期の療養者の残り時間には限りがあるという家族の認識が、家族の心理と死の準備性に影響を与えること、さらには在宅療養の選択や継続の判断に影響を与えていることが示唆された。

文 献

- ・ 番匠千佳子, 梅田靖子 (2019). 退院するにあたっての終末期がん患者・家族及び地域の専門職の不安・困難と支援ニーズ. 聖隷浜松病医誌, 19 (1), 2-11.
- ・ 橋本孝太郎, 佐藤一樹, 内海純子, 出水明, 藤本肇, 森井正智, 佐々木琴美, 宮下光令, 鈴木雅夫 (2015). 在宅緩和ケアを受けた終末期がん患者の事態調査. Palliative Care Research, 10 (1), 153-161.
- ・ 畑 (富嶺) ゆかり, 原田三奈子, 高岡智子, 松本由梨, 新城拓也 (2015). 終末期の在宅療養者の家族は何をつらいと思っていたか?. Palliative Care Research, 10 (1), 125-133
- ・ 本多恵子, 京田亜由美, 神田清子 (2022). 仕事や子どもの世話役割を担う家族員が自宅で終末期がん療養者を看取るプロセス. 日がん看会誌, 36, 1-10.
- ・ 石井容子, 宮下光令, 佐藤一樹, 小澤竹俊 (2011). 遺族, 在宅医療・福祉関係者からみた, 終末期がん患者の在宅療養において家族介護者が体験する困難に関する研究. 日がん看会誌, 25 (1), 24-36
- ・ 上林孝豊, 日下潔, 武藤真祐 (2017). 在宅医療紹介時に家族からみたがん患者および家族が抱いている想いの実態調査 在宅専門診療所調査. 日在宅医会誌, 18 (2), 165-173.
- ・ 小暮郁恵, 中西陽子, 廣瀬規代美 (2018). 緩和ケア病棟入院中の終末期がん患者の家族が在宅療養移行に向き合うプロセス. 日がん看会誌, 32, 67-77.
- ・ 厚生労働省 (2012a). 在宅医療・介護あんしん 2012. https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoyou/iryoyou/zaitaku/dl/anshin2012.pdf (参照 2023/9/23)
- ・ 厚生労働省 (2012b). 平成 24 年診療報酬改定の概要. https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryoyuhoken/iryoyuhoken15/dl/h24_01-03.pdf (参照 2023/11/26)
- ・ 厚生労働省 (2017). 平成 29 年度 人生の最終段階における医療に関する意識調査 結果 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200749.pdf> (確定版) (参照 2023/9/23)
- ・ 厚生労働省 (2023a). 令和 4 年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査の結果について (報告) <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001103155.pdf> (参照 2023/9/23)
- ・ 厚生労働省 (2023b). 死亡診断書 (死体検案書) 記入マニュアル令和 5 年度版 https://www.mhlw.go.jp/toukei/manual/dl/manual_r05.pdf (最終閲覧 2023/12/4)
- ・ 松野史 (2022). 終末期がん患者と家族の相互作用により創り出される穏やかさの様相. 死の臨床, 44 (1), 166-173.
- ・ 宮林香奈子, 古瀬みどり (2014). がん終末期療養者を自宅で看取った家族介護者のセルフケアに関する研究. 家族看研, 19 (2), 150-160.
- ・ 宮田乃有 (2021). 第 4 章在宅ターミナルケアのプロセス. 一般社団法人全国訪問看護事業協会, 訪問看護師が支える在宅ターミナルケア, pp.58-104, 東京: 株式会社日本看護協会出版会.
- ・ 水上幸子, 横井和美, 糸島陽子 (2021). 在宅看取りを終えた家族の悲嘆への訪問看護師の支援に関する文献検討. 人間看研, 19, 59-64.
- ・ 森美樹, 雄西智恵美, 今枝芳江, 板東孝枝, 高橋亜希, 長楽雅仁 (2020). 疼痛コントロールに難渋している終末期がん患者を在宅で介護する家族のストレス・コーピング. 四国医誌, 76 (5, 6), 279-290.
- ・ 長江弘子 (2014). エンド・オブ・ライフケアの概念とわが国における研究課題. 保健医療社論集, 25 (1), 17-23.
- ・ 岡本双美子, 中村裕美子 (2013). 在宅で終末期がん患者を看取った家族の悲嘆反応と対処. 日地域看護会誌, 15 (3), 63-69.
- ・ 大川宣容, 藤田佐和, 宮田留理, 東郷淳子, 豊田邦江, 吉田亜紀子, 鈴木志津枝 (2001). 終末期がん患者の家族の死への気づきに対する反応. 高知女大紀 看護, 51, 1-12.
- ・ 大西奈保子 (2015). がん患者を在宅で看取った家族の覚悟を支えた要因. 日看科会誌, 35, 225-234.
- ・ 大園康文, 福井小紀子, 川野英子 (2014). 終末期がん患者の在宅療養継続を促進・阻害する出来事が死亡場所に与えた影響—経時的なパターンの分類化—. Palliative Care Research, 9 (1), 121-128.
- ・ 三條真紀子 (2010). 終末期のがん患者を介護した遺族の介護体験の評価と健康関連 QOL. https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/j-hope/J-HOPE_2_3.pdf (参照 2023/9/23)
- ・ 佐野知美, 草島悦子, 白井由紀, 瀬戸山真理子, 玉井照枝, 廣岡佳代, 佐藤隆裕, 宮下光令, 河正子, 岡部健 (2014). 在宅終末期がん患者家族介護者の死別後の成長感と看取りに関する体験との関連. Palliative Care Research, 9 (3), 140-150.
- ・ 佐竹わか菜, 京田亜由美, 近藤由香 (2021). 終末期がん患者の家族が抱く看取りへの思い. 群馬保健学研究, 42, 65-76.
- ・ 佐藤一樹, 橋本孝太郎, 内海純子, 出水明, 藤本肇,

- 森井正智, 長沢譲, 宮下光令, 鈴木雅夫 (2015). 在宅緩和ケアを受けた終末期がん患者の在宅診療中止の関連要因. *Palliative Care Research*, 10 (2), 116-123.
- 政府統計の総合窓口 e-Stat (2022). 人口動態調査. <https://www.e-stat.go.jp/> (参照 2023/9/23)
 - 島田千穂, 近藤克則, 樋口京子, 本郷澄子, 野中猛, 宮田和明 (2004). 在宅療養高齢者の看取りを終えた介護者の満足度の関連要因—在宅ターミナルケアに関する全国訪問看護ステーション調査から—. *厚生指標*, 51 (3), 18-24.
 - Singer J, Papa A (2021). Preparedness for the death of an elderly family member: A possible protective factor for pre-loss grief in informal caregivers. *Arch Gerontol Geriatr*. 2021 May-Jun; 94:104353.doi:10.1016/j.archger.2021.104353.
 - 高儀郁美 (2014). 非同居の家族ががん患者を在宅で看取った体験. *北海道文教大学研究紀*, 38, 73-79.
 - Trembl J, Schmidt V, Nagl M, Kersting A (2021). Pre-loss grief and preparedness for death among caregivers of terminally ill cancer patients: A systematic review. *Soc Sci Med*, 2021. Sep;284:114240. doi:10.1016/j.socscimed.2021.114240.
 - 渡辺邦彦 (2020). はじめてでもやさしい地域緩和ケア. pp.134, 東京:学研メディカル秀潤社.
 - 山村江美子, 長戸和子, 野嶋佐由美 (2018). 終末期在宅がん療養者の家族におけるライフヒストリーとしての看取り. *高知女大看会誌*, 44 (1), 12 - 22.
 - 山手美和 (2014). 在宅で生活する終末期がん患者の主たる家族介護者の介護する力. *日在宅ケア会誌*, 18 (1), 83-90.
 - 柳原清子 (1998). 癌ターミナル期家族の認知の研究—家族のゆらぎ—. *日本赤十字武蔵野短期大学紀*, 11, 72-81.
 - 吉田彩 (2020). 在宅がん患者の看取りにおける家族の対処の過程. *日本看護科学会誌*, 40, 260-269.
 - 吉岡理枝, 加藤由希子, 吾郷ゆかり (2017). がん終末期患者の家族の病院から在宅への移行における認識. *高知女大看会誌*, 42 (2), 71-78.

活動と資料

看護師が行う心不全患者とその家族への意思決定支援に関する文献検討



大野 彩加¹⁾, 糸島 陽子²⁾, 小野あゆみ²⁾, 荒川千登世²⁾

¹⁾ 滋賀県立大学大学院人間看護学研究科

²⁾ 滋賀県立大学人間看護学研究院

要旨 看護師が行う心不全患者とその家族への意思決定支援について文献検討を行った。医学中央雑誌 Web 版を用い、「心不全」「意思決定支援」をキーワードとして検索した結果、対象文献は 9 件であった。文献から意思決定支援を行う時期、場所、患者と家族に行う支援内容について抽出し、質的帰納的に分析した。看護師は、【患者のこれまでの病気との歩みを知り患者の価値観や今後の希望を把握する】【患者の意思が病状の変化で変わっていないか確認しながらインフォームドコンセントの場を調整して患者の意思決定を支える】【患者の意向に沿えるようにチームで情報共有を行う】【できる限り可能な選択肢を模索・提案して、患者の希望の実現をあきらめない】などを、家族へは、【家族の思いを知りつつ、患者の意思と家族の意思が互いに知れるように調整する】【家族が患者の代わりに意思決定する場合はじっくり考える時間や場を設ける】などの意思決定支援を行っていた。

キーワード 心不全患者、家族、意思決定支援、看護師

I. 背景

わが国における 2022 年の死亡者数を死因順位別で見ると、第 1 位が悪性新生物、第 2 位に心疾患が続く（厚生労働省, 2022）。心不全はこの心疾患の 41% を占める。

心不全は、治療により速やかに急性増悪時の身体症状が改善する特徴があり、予後予測や治療のエンドポイントを見極めることが困難である。そのため、治療や療養場所の選択についての意思決定支援を行うタイミングを逃しやすいことが課題となっている。そのためアドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP と略す）の実施が推奨されてきた（日本循環器学会, 2017）。実際に、高齢者の約 7 割が終末期の治療やケアについて自己決定を望んでいる（西岡, 荒井, 2016）一方で、高齢者は死について語る心理的抵抗があり、最期は家族や医師に任せる傾向がある（渡辺, 富田, 赤林, 2000）。古くから集団性の文化がある日本では特に家族を含めた関わりの必要性が高く（大濱, 福井, 2019）、個の意思を尊重する欧米のような ACP の取り組みは日本において難しい。

また、心不全患者のほとんどは一般的な経過の理解ができておらず、家族ともしものときのことについて話し合っていない（高田, 2015）。しかし、がんの分野と比較すると心不全に焦点を当てた研究は少なくその具体的な内容は明らかとなっていない。

そこで本研究では、看護師が心不全患者とその家族へ行う意思決定支援内容を文献検討より明らかにする。看護師による具体的な意思決定支援内容が明らかになれば、病状の経過に応じた患者と家族の意向に添った意思決定支援への示唆を得ることができる。

II. 目的

看護師が心不全患者とその家族に対してどのような意

Literature review on decision making support for heart failure patients and families by nurses

Ayaka Ono¹⁾, Yoko Itojima²⁾, Ayumi Ono²⁾, Chitose Arakawa²⁾

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

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

2023 年 9 月 30 日受付, 2024 年 1 月 22 日受理

連絡先: 糸島 陽子

滋賀県立大学人間看護学研究院

住 所: 彦根市八坂町 2500

電 話: 0749-28-8648

F A X: 0749-28-9516

e-mail: itojima.y@nurse.usp.ac.jp

思決定支援を行っているのかを文献検討より明らかにする。

Ⅲ. 用語の定義

意思決定支援：今後予想される疾患の経過を患者・家族と共有した上で、患者の人生や価値観を家族と共有し、治療やケアについて患者と家族が決定するための支援のこと。

心不全患者：心不全という病名で一回以上入院経験のある人。

Ⅳ. 方法

A. 文献の選定

2018年に厚生労働省からACPの概念を含む「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスのガイドライン」が策定されたため、その前後5年を目安に、医学中央雑誌Web (Ver.5)を用いて、2012年から2022年までの範囲で「心不全」「意思決定支援」をキーワードとして検索した(最終検索日2022年8月15日)。

検索した55件から会議録と解説を除き、看護師が心不全患者とその家族に行っている意思決定支援が記述されている文献を抽出した。文化的背景を考慮して、本研究では国内の文献のみを対象とした結果、対象となる文献は9件であった。

B. 分析方法

対象となる文献から意思決定支援を行う時期、場所、患者と家族に行う支援内容について抽出し、一覧表を作成した。抽出した意思決定支援内容は、質的帰納的に分析した。

Ⅴ. 結果

A. 選定文献の概要

今回の研究の対象となった文献は、計9件あった。年代別で見ると、2022年が1件、2021年が1件、2020年が2件、2019年が1件、2018年が2件、2015年が2件であった。そのうち老年期を対象としたものが8件、成人期を対象としたものが1件であった。文献のうち、6件は病棟、2件は入院時から退院後の外来心臓リハビリテーションの場、1件は外来で意思決定支援を行っていた。意思決定支援が行われた時期としては、入院中が1件、入院中に継続的が5件、入院から退院後の外来までが2件、外来が1件であった。

B. 意思決定支援の内容

文献より、看護師が心不全患者に行っていた意思決定支援内容(表1)、家族に行っていた意思決定支援内容(表2)に整理した。意思決定支援の実際を「」,文献検討した結果、まとめられた意思決定支援内容を【】にて表す。

1. 心不全患者へ行う意思決定支援

看護師は、入院時より「在宅療養を希望していることを確認する(藤井, 2020)」や、「患者の発言から自宅に帰りたい、最後まで家にいたい思いを確認する(岡本, 加藤, 勝浦, 2021)」ことをしていた。また、「本人が施設に帰りがっていること、入院したくない思いがあること人生の最期を施設で迎えたいと考えていることを患者の発言から知り主治医や退院支援看護師と情報共有する(五林, 長谷川, 2018)」ことや、「入院中よりACPに向け、本人と家族を含め、生きがいや患者が生活の中で大切にしていること、今後の希望について聞き取りを行う(森野, 木股, 高木, 奥村, 平山, 林, 佐藤, 川中, 山村, 槻本, 曾田, 木原, 笹田, 2018)」などをして【患者のこれまでの病気との歩みを知り患者の価値観や今後の希望を把握する】ことをしていた。

入院をきっかけに、「適切な時期を捉えて身体感覚を解釈して病状を捉えられるような機会を設ける(旗持, 上林, 中村, 浅井, 南村, 2022)」や「入院のたびに病みの軌跡、症状の理解を指導する(岡本ら, 2021)」など、状態が悪いときから回復した過程での身体症状を聞き、自己の身体感覚を知るための働きかけをしていた。また、「病気や病状の理解不足があると考え、医師に相談し病状の説明の場を設け病状理解を促す(岡本ら, 2021)」などを行い、積極的に患者の身体感覚を問うこと、医師からの病状説明の機会を調整することで患者の病状理解につなげていた。入院してから状態が悪化しても、看護師は「患者の状態が悪化していく中で患者の思いを聞く(戸田, 2015)」ことをしていた。患者の思いや希望を確認した上で、看護師は「主治医や退院支援看護師と情報共有をする(五林ら, 2018)」や、「補助人工心臓の装着も心臓移植を受けたくない患者の思いを確認して主治医と共有する、患者の治療についての希望を母と確認する(戸田, 2015)」など患者の意思を医療スタッフや家族と共有していた。「症状の悪化や頻回な入院から患者が人生の最終段階にあることを意識していることを把握する(岡本ら, 2021)」や「患者の治療に対する意思の変化を確認し、医師にもう一度治療の説明を依頼する(森野ら, 2018)」など【患者の意思が病状の変化で変わっていないか確認しながらインフォームドコンセントの場を調整して患者の意思決定を支える】ことをしていた。

また、退院に向けて療養場所を決定していくにあたり、

表 1 心不全患者へ行う意思決定支援内容

文献	時期	場所	患者への意思決定支援
芳野裕子 (2015)	入院15日目 胃瘻造設時 退院14日前 退院 7 日前	病棟	<ul style="list-style-type: none"> 患者の発言から家に帰りたい思いを把握する 本人にリスクを踏まえ説明し本人が経鼻チューブより胃瘻を強く希望していることを把握する 患者と家族が自宅でできる限り安楽にまた満足した時間が過ごせるように病棟看護師でカンファレンスを行う 在宅療養を実現させるために点滴において血管確保が困難となり在宅での点滴管理は厳しいと考え医師に点滴を内服薬に変更してもらえないか相談する
戸田美和子 (2015)	入院時 治療について説明時 病状悪化時 容体急変時	病棟	<ul style="list-style-type: none"> 患者の意思を自然に聴き取れるようになるために何気ない会話も意図的に行い冗談をいえる関係性を築く 補助人工心臓の装着も心臓移植も受けたくない患者の意思を確認し主治医と患者の意思を共有する 末期から終末期に移行することを見込みできるだけ生活背景を知ることができるよう意図的に家族のことやかかりつけ病院での入院生活を聴取する 心臓移植について祖父母同席のもと個室で患者に話を聞く 状態が悪化していく中で患者の思いを聞く 治療においてデメリットが勝つようになったころ患者の「私はもう死ぬんだね。最大限の治療をしたからお爺ちゃんとお婆ちゃんが納得できる」という患者の思いと症状緩和のためにCHDFを希望していることを確認する 患者の希望通り母と2人でデバイス抜去術の説明を医師から受けた際に患者の治療についての希望を母がいる場で確認する 症状緩和やストレスコーピングのために不眠に対して精神科介入してもいい症状緩和を目的に副作用を十分に検討した上で塩酸モルヒネを導入する 患者の家族に元気な姿を見たいという患者の望みを実現するために鎮静剤や麻薬のコントロールを行う 医師と看護師でカンファレンスを開き患者の希望する治療が継続できるように努力をする 鎮静剤の使用により患者が混乱したり誤嚥をおこしていても最後まで患者の希望通りに内服や引水を継続することを医師と相談する
森野智史 (2018)	入院中 外来心臓 リハビリテーション	病棟 外来心臓 リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> 入院中よりACPに向け本人と家族を含め、生きがいや患者が生活の中で大切にしていること今後の希望について聞き取りを行う 長期入院による気力体力低下から医師より説明された心臓再同期療法（以下CRT）に消極的であることを把握する 退院に向けて患者について心臓リハビリテーションチームでカンファレンスを行う 多職種カンファレンスで今後の治療方針や援助方法や患者と家族の持つ治療への悩みを情報共有する 患者の気力や体力が低下してことから患者が重大な意思決定を行うのは困難であり現時点では意思決定を先送りしたほうが良いと判断し相談タイミングをうかがう 患者の家族で過ごしたいという希望を叶えるために医師に点滴から経口強心薬への変更を提案する 患者が治療選択（CRT）に対する意思決定支援ができるよう外来心リハを提案する 心リハでは患者にセルフモニタリングなどの教育的関わりと不安などを傾聴する指示的な関わりを行う 集団リハビリを通して他者の経験を聞き、自身の経験を語る機会を提供する 患者の治療にたいする意思の変化を確認し医師にもう一度治療（CRT）の説明を依頼する
五林郁子 長谷川浩美 (2018)	入院3日目 入院 4 日目 入院 7 日目 退院前	病棟	<ul style="list-style-type: none"> 本人が施設に帰りがっていること入院したくない思いがあること人生の最期を施設で迎えたいと考えていることを患者の発言から知り主治医や退院支援看護師と情報共有する 患者の望みである施設で最期を迎えられるように施設に看取りが可能であるか確認する 入院 4 日と7日目にインフォームドコンセンツの場を設け病状や今後の治療方針退院に向けての対応などの話し合いを行い、本人と甥夫婦の意思確認を行う
久保咲子 (2019)	病状が安定している 外来受診時	外来	<ul style="list-style-type: none"> 病状や予後について尋ねて命が短くなる可能性はあるが今以上の治療や侵襲的な処置は受けたくないと強く希望していることを知る 治療や療養上の生活の選択に関して尋ねて最期の場所は病院でありたいと希望しているが、妻が同席していない時は本当は自宅で迎えられたらとの考えも少しはあるが、これ以上妻に最期まで迷惑をかけたくない患者の思いを知る 自分の考えを伝えられなくなった場合、快適さを優先した治療を希望していることを知る 無理せず自然に任せて生活したい自然な形で苦痛なく最期を迎えたい思いがあることを知る 代理意思決定について尋ね代理意思決定者は妻であることを把握する
平島 光 (2020)	入院時	病棟 心臓リハビリ外来	<ul style="list-style-type: none"> 心不全カンファレンスで情報共有し、問題提起してACP導入時期であると判断する 主治医から心不全の原因・予後・今後終末期に向けて家族と話し合う必要性が説明される ACPのパンフレットを渡し思いを整理してもらう 定期外来や心臓リハビリ外来で継続的にACPも行う ACPパンフレットに記載されている意向を確認する 面談や面談中以外の関わりでエンド・オブ・ライフケアに関する自身の思いや考えを訴える場面があった時に適宜カンファレンス等で医師と多職種に発信を行う 日々の関わりの中で医療チームがともに最善の選択について考えることを伝え、不安の傾聴やコミュニケーションを図りつつ患者と医療者での共同意思決定を意識して介入する
藤井利江 (2020)	入院中 退院前	病棟	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養を希望していることを確認する 在宅療養するにあたりいろいろな問題がでてくる可能性があるが退院までに在宅サービス調整・家屋評価・試験外出・外泊を行い安心して自宅で過ごしてもらえよう体制を整えることは可能であること説明する 退院5日前に患者・家族・CNS・病棟看護師・ケアマネジャー・訪問看護師で退院前カンファレンスを行い在宅の生活についてと福祉用具・医療機器についての最終確認を行う
岡本佳奈 (2021)	入院中	病棟	<ul style="list-style-type: none"> 症状の悪化や頻回な入院から患者が人生の最終段階であることを意識していることを把握する 患者の発言から「自宅に帰りたい、最後まで家にいたい、入退院の繰り返しはやだ」という本人の意思を確認する 入院のたびに病みの軌跡、症状の理解を指導する 病気や病状理解不足があると医師に相談し病状説明の場を設け、病状理解を促す 他職種チームで患者の思いを聴き対話を重ねる 多職種カンファレンスで情報共有し、心情の変化や人生の最終段階への希望などについての思いを聞き出す関わりをする 多職種チームで人生の最終段階におけるの価値観と意向を尊重した医療とケアを実現するために丁寧な対話を重ねる 退院支援調整看護師・訪問看護師と話し合い訪問診療の導入など在宅療養と看取りの環境調整を行う

旗持知恵子 (2022)	病状悪化時 日常生活の中で 機能低下したとき	病棟	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種で患者の病状や療養に関する思いや価値・意思決定内容を確認し共有する ・患者の意思を確認する環境を整える ・患者の意思が変化することを考慮して慎重に確認する ・適切な時期を捉えて身体感覚を解釈して病状を伝えられるような機会を設ける ・治療への反応に応じて時期を捉えて病状の見直しを伝える ・患者の受入れ状況の合わせて病状を伝える ・患者と家族がお互いの思いを共有できるように調整する ・患者や家族の意思を調整する場やきっかけをつくる ・病状を伝える適切な時期を医師と調整する ・家庭内の意思決定パターンを知る ・家族が患者の病状が理解できるように調整する ・タイミング、内容、家族の状況を考慮して選択肢を提示する ・患者・家族の希望を実現するために諦めない姿勢を持つ ・患者家族の希望の実現可能性を検討する ・患者家族の決定内容を支持する ・患者の治療や療養に関する思いが治療に反映できるように医師との間のかけ橋になる ・患者の価値観や希望を考慮して多職種でケア方針を検討するための調整を行う ・患者や家族が多職種を活用できるように調整する
-----------------	------------------------------	----	--

患者の希望する療養場所について意思が確認できた場合は、「在宅療養するにあたり、いろいろな問題がでてくる可能性があるが、退院までに在宅サービス調整、家屋評価、試験外出・外泊を行い、安心して自宅で過ごしてもらえるように体制を整えることは可能であること説明する(藤井, 2020)」ことをしていた。さらに、「患者家族の希望の実現可能性を検討する(旗持ら, 2022)」ことや「エンド・オブ・ライフケアに関する自身の思いや考えを訴える場面があった時に適宜カンファレンス等で医師と多職種に発信を行う(平島, 2020)」、「多職種チームで人生の最終段階における価値観と意向を尊重した医療とケアを実現するために丁寧な対話を重ねる(岡本ら, 2021)」などを行い、【患者の意向に沿えるようにチームで情報共有を行う】ことをしながら、【できる限り可能な選択肢を模索・提案して、患者の希望の実現を諦めない】ようにしていた。

さらに、「患者の気力や体力が低下していることから患者が重大な意思決定を行うのは困難であり現時点では意思決定を先送りしたほうが良いと判断し相談しタイミングをうかがう(森野ら, 2018)」と、患者の心理的側面に触れながら【患者が重大な治療における意思決定ができる状態であるか見極める】ことをしていた。「患者が治療選択に対する意思決定ができるように外来心リハを提案する(森野ら, 2018)」ことや、「定期外来や心臓リハビリ外来で継続的にACPを行う(平島, 2020)」など、退院後も継続して意思決定支援が行えるような調整を行っていた。森野ら(2018)においては、入院中から退院後も外来心臓リハビリテーションまで継続的に患者の意思決定支援を行ったことで、患者が入院中では決定できなかった心臓再同期療法の植え込みについての意思の変化を感じ取り、医師へ治療についての説明を依頼する調整までを行っていた。加えて、「ACPパンフレット渡し思いを整理してもらい、定期外来や心臓リハビリ外来で継続的にACPを行う(平島, 2020)」や、「病状が安

定している外来受診時に病状や予後について尋ねて命が短くなる可能性はあるが今以上の治療や侵襲的な処置は受けたくない」と患者が強く希望していることを知る(久保, 2019)、「代理意思決定について患者に尋ね代理意思決定者が妻であることを把握する(久保, 2019)」など、意思決定支援を継続的にを行い、【病状が落ち着いているときに自分の意思と向き合う機会を設けていた】。

2. 家族へ行う意思決定支援

看護師は患者と伴走してきた家族の思いを知るために、「家族の思いを聞く(藤井, 2020)」、「入院中よりACPに向け本人と家族を含め生きがいや患者が生活の中で大切にしていること今後の希望について聞き取りを行う(森野ら, 2018)」ことや、「インフォームドコンセントの場を設け、病状や治療方針、退院に向けての対応等の話し合いを行い、本人と甥夫婦の意思確認をする(五林ら, 2018)」などを行いながら【家族の思いを知りつつ、患者の意思と家族の意思が互いに知れるように調整する】ことを行っていた。

入院中に患者の容体が悪化した場合は、看護師は「家族が落ち着いて患者の病状や予後を考えられるように、透析や人工呼吸器を装着することのメリットとデメリットを理解したうえで、病棟看護師と話し合う時間を設ける(芳野, 太田, 山本, 天野, 2015)」や、「病棟看護師は家族が意思決定できるように透析や人工呼吸器を装着することは本人が望んでいたことなのか・治療をしてもなくても状態は実は患者の苦しさは変わらないのではないか、このままの状態に家に帰ることを考えてもよいのではないかなど話しかける(芳野ら, 2015)」ことをしながら患者が望んでいた事を推察できるように家族に話しかけていた。患者本人の決断を家族が受け入れられなかったときは、「患者の病状悪化時家族と患者が互いの思いを話している時に家族に患者が今日までどれだけ頑張ってきたかを説明する(戸田, 2015)」など患者の思いや努力を代弁していた。看護師は患者が望んでい

表2 心不全患者の家族へ行く意思決定支援内容

文献	時期	場所	家族への意思決定支援
芳野菊子 (2015)	入院15日目 胃瘻造設時 退院14日前 退院7日前	病棟	<ul style="list-style-type: none"> ・妻と息子は自宅での介護は困難と思っていたが長女が家族を説得して在宅療養が退院のゴールとなった経緯を把握する ・入院15日目に主治医より家族に患者の状態が厳しいという病状説明後に家族の発言から「どうしても家に帰らせてあげたいので透析をお願いしたい」という意思があることを確認する ・日勤夜勤を問わずどの看護師が担当でも終末期の病状の変化が受け入れられるよう病状経過を説明したりケアを一緒に行う ・入院15日目に主治医より家族に患者の状態が厳しいという病状説明後に家族の発言から「どうしても家に帰らせてあげたいので透析をお願いしたい」という意思があることを確認する ・家族が落ち着いて患者の病状や予後を考えられるように透析や人工呼吸器を装着することのメリットとデメリットを理解した上で病棟看護師と話し合う時間を設ける ・病棟看護師は家族が意思決定できるように透析や人工呼吸器を装着することが本人が望んでいたことなのか・治療をしてもしなくても状態は実は患者の苦しさは変わらないのではないか、このままの状態に帰ることを考えてもよいのではないかなど話しかける ・長女にもう一度考える機会設け家族で話し合ってもらい意思決定をしてもらう ・退院14日前に家族の意思確認を目的に病棟看護師・退院調整看護師と家族との間でカンファレンスを実施し患者の病状と予後について説明して家族間の意思を確認して退院日時を決定する ・患者と家族が自宅のできる限り安楽にまた満足した時間がすごせるように病棟看護師でカンファレンスを行う ・家族が決めた意思決定を受け入れる
戸田美和子 (2015)	入院時 治療について説明時 病状悪化時 容体急変時	病棟	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の希望通り母と2人でデバイス抜去術の説明を医師から受けた際に患者の治療についての希望を母と確認する ・患者の治療への希望を知ったうえで患者の思いに沿うという母の価値観を明確にする ・患者の容体急変時にCRT-D再留置についてリスクが高いことを説明した上で母がCRT-Dに望みを託していることを確認する ・患者の病状悪化時家族と患者が互いの思いを話している時に家族に患者が今日までどれだけ頑張ってきたかを説明する ・家族が意思決定できるように家族だけで話し合う時間を設ける
森野智史 (2018)	入院中 外来心臓 リハビリテーション	病棟 外来心臓 リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中よりACPに向け本人と家族を含め生きがいや患者が生活の中で大切にしていること今後の希望について聞き取りを行う
五林郁子 長谷川浩美 (2018)	入院3日目 入院4日目 入院7日目 退院前	病棟	<ul style="list-style-type: none"> ・入院3日目に甥夫婦だけに医師より病状説明がされた後甥夫婦の発言から病状の理解を推奨する ・甥夫婦が本人の意思を尊重して看取り対応を含めて施設への退院を了承していることを把握する
久保咲子 (2019)	病状が安定している 外来受診時	外来	<ul style="list-style-type: none"> ・無理せず自然に任せて生活したい自然な形で苦痛なく最期を迎えたいという患者の発言に妻がうなずいていることを確認する ・代理意思決定を妻にし託していることや患者の治療やケアに対する思いを知ったうえで妻が「本人の意思を尊重できなくなっても今の思いを先生に伝えると思う」という反応を確認する ・入院4日目と7日目にインフォームドコンセントの場を設け病状や今後の治療方針退院に向けての対応などの話し合いを行い本人と甥夫婦の意思確認を行う
平島洸 (2020)	入院時	病棟 心臓リハビリ外来	<ul style="list-style-type: none"> ・ACPパンフレットに記載されている患者の意向内容に妻が納得していることを確認する
藤井利江 (2020)	入院中 退院前	病棟	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の思いを聞く ・患者が在宅療養を希望していることを受け妻も不安もあながら在宅療養を希望していることを確認する ・在宅療養にむけて栄養指導が受けられる機会を設ける ・在宅療養のために点滴ポンプの取り扱いも勉強する考えであることを確認し取り扱い方について指導する
岡本佳奈 (2021)	入院中	病棟	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の最期まで家にいたいという思いから「好きなようにさせてやりたい。自宅で見取りたい」との意思表示を確認する ・病気や病状の理解不足から医師に相談し、病状説明の場を設け病状理解を促す
旗持知恵子 (2022)	病状悪化時 日常生活の中で 機能低下したとき	病棟	<ul style="list-style-type: none"> ・家庭内の意思決定パターンを知る ・患者や家族の意思を調整する場やきっかけをつくる ・患者と家族がお互いの思いを共有できるように調整する ・家族が患者の病状が理解できるように調整する ・患者・家族の希望を実現するために諦めない姿勢を持つ ・患者家族の希望の実現可能性を検討する ・患者や家族が多職種を活用できるように調整する ・患者家族の決定内容を支持する

たことを家族が推察できるように関わりながらも、【家族が患者の代わりに意思決定する場合はじっくり考える時間や場を設ける】ことをしていた。患者の容体が悪化し、治療の選択について家族が代理意思決定した内容については、「患者家族の決定内容を支持する（旗持ら，2022）」ことや、「家族が決めた意思決定を受け入れる（芳野ら，2015）」など、家族の苦悩に寄り添いながら【家族が悩みながら決めた意思決定を否定せずに受け止める】ようにしていた。

また、「在宅療養にむけて栄養指導が受けられる機会を設ける（藤井，2020）」ことや「在宅療養のために点滴ポンプの取り扱いも勉強する考えであることを確認し取り扱い方について指導する（藤井，2020）」など、入院中から退院後の生活を見据えて【患者が望む療養環境の実現のための方法を家族に指導する】ことも行っていた。

VI. 考 察

A. 意思決定支援の対象と時期

文献9件中8件は高齢期にある心不全患者を対象としていた。実際に心不全患者の約70%以上が70歳以上の高齢者であり、今後さらなる高齢の心不全患者が増加していく。真茅（2018）は、治療の普及に伴い、心不全患者の予後は改善されてきており、地域で生活する心不全患者は増加していくと述べている。このことから、本人の意思に添いながら治療や療養場所、生活の調整などの意思決定において看護師の役割は更に重要になってくると考える。

対象文献では、病棟で行われている意思決定支援が6件、入院中から退院後まで継続して行われた意思決定支援が2件、外来での意思決定支援が1件であった。慢性・急性心不全ガイドライン（2017年）でも、入院時・退院時・外来通院時などの継続的な意思決定支援が必要とされる中で、継続した意思決定支援の研究は2件だけであった。これはがんとは異なり、最終局面を見極めにくい心不全ならではの病気の特徴を反映していると考えられる。

B. 意思決定支援の特徴

1. 心不全患者に行う意思決定支援の特徴

看護師が行なう心不全患者への意思決定支援として、入院時から、患者の大切にしている事や希望を聞くことをしながら（旗持ら，2022；戸田，2015）も、患者の発言から患者の希望を見出していた（藤井，2020；芳野ら，2015）。また、患者の発言から人生の最終段階にあることを知っていた（岡本ら，2021）。そして、知り得た患者の意思をチームで共有していた（五林ら，2018，戸田，2015）。具体的な方法には、直接聞く方法もありながら、

「患者の意思を確認する環境を整える（旗持ら，2022）」、「集団リハビリを通して他者の経験を聞き、自分の経験を語る機会をつくる」など、患者が先ずは自分の意思に気付くための支援を行っていた。患者が自分の思いを、患者の語りだけではなく、看護師が患者に聞くことや、自分の経験を語る場や意思を確認する環境を整えるなど、看護師側からも患者の意思にアプローチしていた。

永田，佐藤，眞嶋（2022）は、慢性心不全認定看護師による意思決定支援として、病状と療養方法の理解を促進する、患者の意思を引き出し患者が望む生き方の実現につなげる、患者の今後を予測し患者が自分の意思を表出できる時期に働きかけるなどを挙げている。患者が望む生き方の実現につなげるためには、患者が意思表示できるように予後予測を含め現状を認識してもらう支援と、意思決定後も患者と関わり支え続けることが重要となる。

心不全という病気特有の治療により速やかに身体症状が回復することが、病気をもたらす本来の機能低下と、患者自身が自覚する深刻さに差があるために、患者と医療者との間で疾患の理解に乖離が生じやすいと言われていた中で、旗持ら（2022）のように、患者に状態が悪いときから入院を経て回復した過程での身体症状を聞き、自己の身体感覚を知るための働きかけをすることは、患者が自分の身体感覚と向き合う契機となる。心不全患者は慢性的だが時期ごとに急性増悪を体験しながら全体的に機能低下していく。その中で、患者に現在の症状を問うことや、急性増悪期から寛解期まで継続的に意思を確認し続けることは重要であると言える。平島（2020）や久保（2019）が行っていた【病状が落ち着いているときに自分の意思に向き合う機会を設ける】ことは、まさに継続的に意思を確認し続けることに繋がっており、患者が心不全の急性増悪期を脱し、寛解期で過ごす日常生活における自分の意思に気づくために適した時期だと言える。瀧（2022）が患者の意向や価値を明確化できていないときの意思決定支援は難しいと述べているように、急性期を脱して病状と心情が落ち着いている時期での意思決定支援も慢性疾患患者には必要だと言える。

また、渡辺，落合，徳永，三條，眞茅，宮下，石川，渡辺（2020）は、一般病棟の看護師よりも認定看護師や専門看護師のほうが、より全人的にスピリチュアルな面も含めて支援していたと報告していることから、今後は専門看護師や認定看護師などより高度実践者の意思決定支援の現状も明らかにし、患者の意思決定支援に役立てていく必要がある。

2. 家族へ行う意思決定支援の特徴

本研究では看護師は家族に対し、【家族の思いを知りつつ、患者の意思と家族の意思が互いに知れるように調整する】ことをしていた。退院後の生活の場に戻った心

不全患者とその家族は、入院中では知り得なかった生活レベルでの身体症状や困りごとに直面することになる。古くから集団性の文化がある日本では特に家族を含めた関りの必要性が高い（大濱ら，2019）特性からも、退院後の生活の中での小さな変化を見逃さず、家族を含め継続的に患者と家族の意思を確認していくことが日本における心不全患者とその家族への支援に求められると考える。そして、患者も家族も互いに寄り添った意思決定の実現のためには、生活をともにしている家族は切り離せない。看護師が人生の容体悪化時に患者の思いを家族に代弁することは、患者の本来の意思を忘れない事につながると考える。

また、本研究においても【患者の意向に沿えるようにチームで情報共有を行う】ことをしていた。浅井、梅津（2019）は、高齢慢性心不全患者の望む生活を実現する看護の在り方として、チームでの情報共有・ケアを行うことで患者の望む生活の実現に向けたケアの実践につなげていたことや、谷本ら（2015）は、非がん疾患患者に対するエンド・オブ・ライフケアとして、熟練看護師は患者の意向を日々捉えながら、家族や地域ケア体制に患者の意向を浸透させる調整を行ったことから、患者の意思と家族の意思を互いに知り、チームで共有することは患者が望む治療や生活に関して同じゴールに向かってチームでアプローチするために必要であると言える。

3. 研究の限界と課題

本研究では国内で発表されている看護師が行う心不全患者とその家族へ行われている意思決定支援に関する文献検討を行った。文献数が9件と限られており、その多くが事例報告であったこと、意思決定支援の介入時期が具体的に細かく明記されていなかったことは本研究の限界である。継続的な意思決定支援が必要と言われている中で、入院時から退院後まで継続した意思決定支援を行っている文献は2件と少なく、病棟で行われている心不全患者への意思決定支援がほとんどであった。今後は外来心臓リハビリテーションや心不全外来などで、どのように看護師が継続して意思決定支援を行っているのかを調査していく必要があると考える。

Ⅶ. 結 論

看護師は心不全患者に対して、入院をきっかけに【患者のこれまでの病気との歩みを知り患者の価値観や今後の希望を把握する】【患者の意思が病状の変化で変わっていないか確認しながらインフォームドコンセントの場を調整して患者の意思決定を支える】【患者の意向に沿えるようにチームで情報共有を行う】などを行い、患者の意思を確認しながら家族を含むチームで共有してい

た。そして、【できる限り可能な選択肢を模索・提案して、患者の希望の実現をあきらめない】ことをしていた。また、【患者が重大な治療における意思決定ができる状態であるか見極める】ことをし、時には退院後も継続して意思決定支援ができる環境を整えていた。また、【病状が落ち着いているときに自分の意思に向き合う機会を設ける】など、病状が安定している外来通院時も意思決定支援を行っていた。しかし、継続的な意思決定支援について述べられている文献は9件中2件と少なかった。

また、心不全患者の家族へは、【家族の思いを知りつつ、患者の意思と家族の意思が互いに知れるように調整する】【家族が患者の代わりに意思決定する場合はじっくり考える時間や場を設ける】【家族が悩みながら決めた意思決定を否定せずに受け止める】【患者が望む療養環境の実現のための方法を家族に指導する】などの意思決定支援を行っていた。

日々揺れ動き変化していく心不全患者とその家族の意思に寄り添うためには、入院中や退院時だけでなく、退院後の外来通院時などで継続的に意思決定支援を行う必要がある。

文 献

- ・浅井恵理，梅津美香（2019）．高齢心不全患者の望む生活を実現する看護の在り方．岐阜県立看護大学紀，19（1）．
- ・浅井克仁，旗持知恵子，上村里沙，中村雅美，南村二美代（2020）．熟練看護師が捉える慢性心不全患者のエンド・オブ・ライフに向けた意思決定支援における問題状況．大阪府大看誌，26（1），29-38．
- ・藤井利衣（2020）．多職種心不全チームの発足と介入の実際．日慢性看会誌，14（2），69-76．
- ・五林郁子，長谷川浩美（2018）．終末期心不全患者・家族の退院支援を含めた意思決定支援の経験～看護師の終末期看護に関わる困難感との比較～．旭川赤十字病医誌，31，11-14．
- ・旗持知恵子，上村里沙，中村雅美，浅井克仁，南村二美代（2022）．熟練看護師による慢性心不全患者のエンド・オブ・ライフケアに向けた意思決定支援．大阪府大看誌，28（1），1-11．
- ・平島洸（2020）．慢性心不全患者へのACP導入における看護師の役割 事例を通して考える．福岡赤十字看護会集録，34，9-12．
- ・厚生労働省（2018）．人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにかんするガイドライン解説編．Microsoft Word-04 プロセスガイドライン【解説編】.docx（mhlw.go.jp）（最終アクセス日 11月28日）

- ・厚生労働省 (2022). 令和4年人口動態統計月報年計の概況. gaikyouR4.pdf (mhlw.go.jp) (最終アクセス2023年11月28日)
- ・厚生労働省 (2004). 心疾患-脳血管疾患死亡統計概況. 厚生労働省:心疾患-脳血管疾患死亡統計の概況人口動態統計特殊報告 (mhl.go.jp) (最終アクセス日2023年11月28日)
- ・久保咲子 (2019). ACPプロセスを用いた意思決定支援 終末期心不全患者が望むエンド・オブ・ライフケアを迎えるために. 福岡赤十字看護学会集録, 33, 35-38.
- ・森野智史, 木股正樹, 高木文子, 奥村紀子, 平山杏, 林真由香, 佐藤伸一郎, 川中文香, 山村篤史, 槻本康人, 曾田祥正, 木原晴美, 笹田侑子 (2018). 高齢心不全患者に心臓リハビリテーションチームが意思決定支援を行った一例. 市立大津市民病院雑誌, 第21, 80-81.
- ・真茅みゆき (2018). 日本と世界の心不全の疫学. 医のあゆみ, Vol. 266, No.13, 1022-1028.
- ・永田絵里香, 佐野元洋, 眞嶋朋子 (2022). 慢性心不全患者に対する慢性心不全看護認定看護師による意思決定支援. 日看研会誌, 46 (4), 647-655.
- ・中村仁美, 大竹瑛利, 小林秀佳, 四本竜一, 藤井弥生 (2022). 循環器病棟における心不全緩和ケアに対する看護師の認識についての実態調査. 東邦看護学会誌, 19 (2), 47-54.
- ・日本循環器学会 (2017). 急性・慢性心不全診療ガイドライン (最終アクセス日11月28日)
- ・日本循環器学会 (2021). 循環器疾患における緩和ケアについての提言 (最終アクセス日11月28日)
- ・西岡弘晶, 荒井秀典 (2016). 終末期の医療およびケアに関する意識調査. 日老医誌, 53, 374-378.
- ・大濱悦子, 福井小紀子 (2019). 国内外のACPに関する文献検討とそれに対する考察. 日本緩和医療学会誌, 14 (4), 269-279.
- ・岡田明子, 眞茅みゆき (2023). 心不全の緩和ケア. 日循環器予防誌, 58 (1).
- ・岡本佳奈, 加藤芽衣, 勝浦明恵 (2021). 患者の意向を尊重し多職種で協働介入した心不全終末期患者の一症例. 旭川赤十字病医誌, 34, 19-21.
- ・佐藤幸人 (2019). 心不全の緩和ケア. ICUとCCU, Vol43 (5), 283-290.
- ・清水政克 (2022). 心不全のACPと意思決定支援について. 治療, 104 (2), 184-188.
- ・高田弥寿子 (2015). 難治性心不全診療における意思決定支援—アドバンスケアプランニングの実践と課題. 医学のあゆみ, 254 (11), 1057-1062.
- ・瀧洋子 (2022). ICUに入室したステージCの慢性心不全患者に対する看護師の意思決定支援の実践と困難. 日循環器看護会誌, 17 (2), 55-62.
- ・重市由香里, 南崎真綾, 土肥真奈, 叶谷由香 (2022). 急性期病院における高齢心不全患者の緩和ケアの実態とその関連要因. 日本健康医療学会誌, 31 (1), 30-41.
- ・谷本真理子, 高橋良幸, 服部智子, 田所良之, 坂本明子, 須藤麻衣, 正木治恵 (2015). 一般病院におけるがん疾患患者に対する熟練看護師のエンド・オブ・ライフケア実践. 日本緩和医療学会誌, 10 (2), 108-115.
- ・戸田美和子 (2015) 若年性拡張型心筋症の終末期心不全における倫理的調整の実際. 倉敷中央病院年報, 76, 171-175.
- ・渡辺梨沙, 落合亮太, 徳永友里, 三條真紀子, 眞茅みゆき, 宮下光令, 石川利之, 渡辺節子 (2020). 慢性心不全患者とその家族に行うアドバンス・ケア・プランニングの必要性に関する循環器病病棟に勤務する看護師の認識. 日本緩和医療学会誌, 15 (4), 265-276.
- ・渡邊祐紀, 富田真紀子, 赤林朗 (2000). 健康な中・高齢者における心肺蘇生法に関する意思決定について. 生命倫理, 10 (1), 111-119.
- ・芳野菊子, 太田憲司, 山本美雪, 天野和美 (2015). 慢性心不全終末期における意思決定支援に向けた病棟看護師の役割, ホスピスケア在宅ケア, 23 (1), 11-16.

フォーラム

多分野の専門看護師のオンラインミーティングによる役割開発のピア・サポート会



片山 将宏¹⁾, 小野 美雪²⁾, 大沼 順一³⁾, 河村 奈緒⁴⁾
 國友 香奈⁴⁾, 栗林 佑季⁵⁾, 伊賀 規子⁶⁾, 立松 あき⁷⁾

¹⁾ 滋賀県立大学人間看護学研究院

²⁾ 社会医療法人誠光会淡海医療センター

³⁾ 社会福祉法人三井記念病院

⁴⁾ 静岡県立静岡がんセンター

⁵⁾ 兵庫県立こども病院

⁶⁾ 市立岸和田市民病院

⁷⁾ 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院

要旨 CNS は、所属組織内で活動するために役割開発が必要となる。これまでは、CNS による役割開発に関するサポートを所属組織内外で得られていたが、COVID-19 の影響で、所属組織外の CNS からサポートが得られにくい状況であった。そのような状況のなか、多分野の CNS によるオンラインミーティングを活用したピア・サポート会を開催した。ピア・サポート会では、認定年数の近い CNS が全国で役割開発のために奮闘され、頑張っていることを実感することができた。また、ピア・サポート会は、CNS メンバーにとってお互いに頑張ろうと思える場であったといえる。

キーワード 多領域の専門看護師、役割開発、ピア・サポート、オンラインミーティング

I. 緒言

日本看護協会は、専門看護師 (Certified Nurse Specialist ; 以下、CNS と略す) を認定する制度が 1994 年に開始された。日本看護協会 (2023) によると、CNS は、現在 3,096 名であり、それぞれが臨床現場、教育現場等で活躍している。CNS は、14 分野に分けられ、分野で人数が多い順では、がん看護 1,036 名、精神看護 402 名、急性・重症看護 383 名、人数の少ない順では、放射線看護 3 名、遺伝看護 21 名、地域看護 30 名である。

CNS は、6 つの役割をもつ。6 つの役割とは、「実践」「相談」「調整」「倫理調整」「教育」「研究」である。しかし、CNS の資格を取得しただけでは、これらの役割をすぐに担うことは難しい。また、CNS は、所属する組織のニーズや組織文化などに合わせた独自の役割開発することが求められる。菊池 (2020) は、CNS は役割を理解してもらうために、自ら働きかけ看護師長会でのプレゼンテーションを行い、現場のニーズや課題の把握に努め、管理職へ働きかけ、サポートを得て病院全体をラウンド

し顔を覚えてもらい、認定看護師と協働している、と述

Peer support meetings for role development through online meetings of multi-area Certified Nurse Specialist

Masahiro Katayama¹⁾, Miyuki Ono²⁾, Junichi Onuma³⁾, Nao Kawamura⁴⁾, Kana Kunitomo⁴⁾, Yuki Kuribayashi⁵⁾, Noriko Iga⁶⁾, Aki Tatematsu⁷⁾

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

²⁾ Omi Medical Center

³⁾ Mitsui Memorial Hospital

⁴⁾ Shizuoka Cancer Center

⁵⁾ Hyogo Prefectural Kobe Children's Hospital

⁶⁾ Kishiwada City Hospital

⁷⁾ Japanese Red Cross Aichi Medical Center Nagoya Daini Hospital

2023 年 9 月 30 日受付, 2024 年 1 月 22 日受理

連絡先: 片山 将宏

滋賀県立大学人間看護学研究院

住 所: 彦根市八坂町 2500

電 話: 0749-28-8683

F A X: 0749-28-8470

e-mail: katayama.m@nurse.usp.ac.jp

べている。このことから、CNS の役割開発には、管理職者はもちろん、同僚や CNS 同士のサポートが必要となるといえる。日本看護協会 (2020) の調査では、活動にあたり、困難を抱えた際の相談相手は、直属の上司が最も多く、続いて所属施設外の CNS、同施設内の CNS (他分野) であったと述べている。しかし、2019 年 12 月より、Coronavirus Disease 2019 (以下、COVID-19 と略す) の世界的猛威により、各学会学術集会などが中止および遠隔開催になり、所属施設外の CNS から役割開発に関するサポートが受けられにくい状況となった。このような、COVID-19 蔓延のなかで、多分野の CNS メンバー (以下、CNS メンバーとする) によるオンラインミーティングを活用したピア・サポート会 (以下、ピア・サポート会と略す) を定期的に開催した。ピア・サポートとは、同じ疾患をもつ患者や家族、あるいは職場の同僚など同じ立場の仲間同士の支えあいを表す。

本稿では、ピア・サポート会を開始した経緯や、活動内容について紹介する。

II. ピア・サポート会を開始した経緯と第 7 回日本 CNS 看護学会学術集会での交流集会に向けての取り組み (2020 年)

ピア・サポート会の最初のきっかけは、CNS メンバーの 1 名が第 7 回日本 CNS 看護学会学術集会での交流集会「役割開発 / 役割拡大どうする」を企画したことであった。第 7 回日本 CNS 看護学会のテーマが「CNS の継承」であったため、1 回目の認定更新を受ける 5 年目までの若手 CNS から交流集会の企画を検討してほしいと打診があった。そのため、更新 5 年目までの CNS が所属組織で CNS 活動をどのように展開しているかその実際を話題提供し、経験豊富な CNS からスーパーバイズを受けることで、CNS 活動の展開する思考や方法を継承していく交流集会を企画した。田中 (2015) は、自分なりの CNS のスタイルを見出し、役割獲得の感覚を得るまで、3 年の月日を要する。その後、6 ~ 10 年で自分なりの確固とした CNS の役割を獲得していた、と述べている。2019 年当時に、CNS として 3 年以上の経験を持ち、自分なりの確固たる役割獲得を目指して奮闘している 9 名の CNS メンバーが集結した。CNS メンバーの概要は、表 1 に示す。

交流集会では、役割開発・拡大中の CNS メンバー 3 名が活動をそれぞれ 10 分で発表し、ディスカッション、スーパーバイズを受ける。その後、グループディスカッションという内容を予定していた。2019 年 10 月 16 日に CNS メンバー 5 名が対面でのミーティングを行った。次に、2020 年 1 月 12 日に CNS メンバー 3 名

表 1 CNS メンバーの概要

CNS 領域	CNS 認定年度
がん看護	2014 年
がん看護	2017 年
がん看護	2017 年
精神看護	2017 年
慢性疾患看護	2013 年
家族支援	2015 年
母性看護	2015 年
老人看護	2015 年
小児看護	2015 年

で 2 回目の対面でのミーティングを行った。さらに、3 回目の対面のミーティングを計画していたが、すでに、COVID-19 の猛威もあり、CNS メンバーの体調面の不安だけでなく、日本全国から集合する時間の確保が難しいこと、費用面の負担などを考慮して、ZOOM を用いたオンラインミーティングを行った (表 2)。

2 回目のオンラインミーティングでは、交流集会の発表者 3 名の発表内容の確認と意見交換を行った。発表者 3 名のテーマは、初期の CNS 活動でつまづくことが多い「組織のニーズ把握」「チーム活動を通じた役割開発」「病棟所属 CNS の役割獲得」とした。その後、参加した CNS メンバーから、発表者の頑張りを称える言葉かけや肯定的なフィードバックが行われた。浜田、高橋、庄司 (2022) は、オンラインミーティングでは、相手の様子が読み取りにくく、話しづらいというデメリットを指摘している。しかし、他の CNS メンバーも発表者と同様に、役割開発に取り組むうえの苦しみ、難しさを感じていたことが、それぞれの CNS メンバーがピア・サポートの関係性を形成したと考える。自分なりの CNS スタイルを見出すまでの期間は、自身の CNS 活動のプロセスを客観的に判断できる経験値が蓄積しておらず、これでよかったのか悩み葛藤することが多い。先輩や指導者ではない現在同じ苦しみ難しさを分かちあえる立場から、客観的なフィードバックが受けられるピア・サポート会では、相互にエンパワーメントされる場となったと考える。

しかし、第 7 回 CNS 看護学会の交流集会は、COVID-19 の影響で中止となった。3 回目のオンラインミーティングでは、今後のピア・サポート会の方向性について意見交換した。当初、CNS メンバーは 9 名であったが、体調が思わしくないため 1 名から脱退の申し出があった。

表 2 オンラインミーティングの概要

開催日	参加者	ミーティング開催の主な目的
1 回目 2020年02月29日	6名	第7回日本 CNS 学会学術集会交流集会についての企画検討
2 回目 2020年03月28日	9名	第7回日本 CNS 学会学術集会交流集会で発表予定だった役割開発について発表（3名）
3 回目 2020年09月20日	7名	今後の方向性についての検討
4 回目 2020年12月06日	6名	役割開発について発表（1名）
5 回目 2020年12月27日	6名	第8回日本 CNS 看護学会学術集会演題発表についてのプレゼンテーション（1名）
6 回目 2021年04月24日	議事録がないため不明	第8回日本 CNS 看護学会学術集会発表用パワーポイントについて①
7 回目 2021年05月16日	議事録がないため不明	第8回日本 CNS 看護学会学術集会発表用パワーポイントについて②
8 回目 2021年08月09日	議事録がないため不明	役割開発について発表（1名）
9 回目 2021年12月19日	5名	役割開発について発表（1名） 今後の方向性についての検討
10 回目 2022年3月20日	7名	役割開発について発表（1名） 今後の方向性についての検討
11 回目 2023年2月19日	5名	役割開発について発表（1名）

交流集会のために集結した CNS メンバーであったが、第8回日本 CNS 看護学会学術集会でもう一度交流集会を行う方向性と研究発表の2つを行うことで一致した。また、オンラインミーティングでは、CNS メンバー1人ずつが役割開発について発表し、CNS メンバー間で意見交換を行い、その時に CNS メンバーそれぞれが感じた感情について話し合うこととなった。

Ⅲ. 第8回日本 CNS 看護学会学術集会の演題発表に向けての取り組み（2021年）

5回目のオンラインミーティングでは、第8回日本 CNS 看護学会学術集会の演題発表者であった CNS メンバーが自施設での役割開発について発表し、ほかの CNS メンバーと意見交換を行った。2回目のオンラインミーティングと同じ進行で行ったが、CNS メンバーからは、「私も実は…」といった発言が見られた。これは、オンラインミーティングを重ねることで、本音で話せる、否定されない場となったと考える。このように、オンラ

インミーティングであっても、CNS メンバーは、この場だから話せる信頼関係が構築されていたと考える。

6回目、7回目のオンラインミーティングでは、演題発表者の発表用パワーポイントについて検討した。そして、CNS 看護学会学術集会の演題発表も無事に終えたことにより、ピア・サポート会が集結する理由がなくなった。9回目のオンラインミーティングは、これまでと同様に、CNS メンバー1名が自施設での役割開発について発表した。この時、CNS メンバーで今後の活動について話し合った。CNS メンバーのなかでは、新しい CNS メンバーを追加するといった意見も出るなかで、「ここだけの話」ができる今の CNS メンバーを大切にしていきたいという意見でまとまった。また、このピア・サポート会を活動報告として可視化したいという意見が出たことから継続することとなった。

Ⅳ. ピア・サポート会の継続

10回目のオンラインミーティングも、これまでと同

様に CNS メンバー 1 名が自施設での役割開発について発表し、他の CNS メンバーと意見交換した。この時、CNS メンバーからは、当初の目的を達成したとして解散という話があがった。すでに、初めのオンラインミーティングから、2 年が経過しており、それぞれの CNS メンバーが更なる役割獲得に向けて奮闘していることからオンラインミーティングを継続する理由が失われていた。CNS メンバーからは、学会等での交流集会では、1 回きりで完結するが、集まり続けていることは、多分野の CNS メンバーが本音で話せる場、安心できる場であるという意見があった。ピア・サポート会について、CNS メンバーの思いを話し合った結果、最後にこの活動を可視化するという意見でまとまった。

11 回目のオンラインミーティングは、これまでと同様に 1 名の CNS メンバーが発表し、他の CNS メンバーと意見交換した。それぞれの CNS メンバーは、約 3 年間の役割の変化や新しい部署への異動に伴い、さらなる役割開発に挑んでいることが紹介された。最後に、発表者より、職場ではできなかった話がこの場でできて楽になったと話された。

V. ピア・サポート会の活動を通じての振り返り

今回、本稿をまとめるにあたり、これまでの議事録、メールを読み返して一番感じたのは、「CNS 活動の上での刺激になった」ということである。ピア・サポート会では、お互いに連絡を取り合うことで、認定年数の近い CNS が全国で役割開発のために奮闘され、頑張っていることを実感した。ピア・サポート会は、CNS メンバーにとってお互いに頑張ろうと思える場であったといえる。オンラインであっても話をすることで、こんな考え方があるのだ、こういうふうに考えてみると良いのかな、等とそれぞれにはなかった考え方に触れ、視野が



第 10 回日本 CNS 看護学会(2023 年 8 月 23 日)にて CNS メンバーで写真を取りました(左から伊賀規子, 片山将宏, 立松あき)。

広がるのを感じる場であったと考える。

COVID-19 の影響により、第 7 回 CNS 看護学会の交流集会が中止になった。このように、新しいことに挑戦しても、どれだけ頑張ってもうまくいかないことがあっても、形を変えながら次に挑戦する力を CNS は持っていることをピア・サポート会で実感することができたと考える。馬場、齋藤、田中、丸山(2013)によると、5 年以上の CNS は、5 年未満の CNS より有意に職務満足度が高い、と述べている。このことから、役割開発に奮闘する 5 年未満の CNS の場合、同じ境遇のなかで奮闘する CNS 同士のピア・サポート会がエンパワーメントする場になることが期待される。

今回、多分野の CNS によるピア・サポート会をオンラインミーティングで行ったが、今後は、CNS 同士であればオープンに参加できるピア・サポート会の開催を検討したい。例えば、日本 CNS 看護学会などの交流集会で顔つなぎになった CNS が気軽に参加できるピア・サポート会の開催などを企画できればと考える。また、他でも同様に、CNS によるピア・サポート会は存在すると考える。今後は、CNS によるピア・サポート会の実態調査や、ピア・サポート会による成果を明らかにしていきたいと考える。

文 献

- ・馬場薫, 齋藤深雪, 田中幸子, 丸山幸恵(2013). 病院に勤務する専門看護師の職場環境の実態と職務満足度との関連. 日看研会誌, 36(2), 95-104.
- ・浜田百合, 高橋直己, 庄司裕子(2022). オンラインと対面による合意形成プロセスの比較. 日本感性工学会論文誌 21(1), 41-48.
- ・菊池和子(2020). A 県内のがん看護専門看護師の役割開発. 岩手看護学会誌, 14(1), 53-62.
- ・日本看護協会(2020). 2019 年度 専門看護師活動実態調査結果(第 1 報). 1-11. https://www.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2020/04/cns_katudoujittaityousa_kekka_0420.pdf (閲覧日 2023 年 9 月 11 日)
- ・日本看護協会(2023). 資格認定制度専門看護師・認定看護師・認定看護管理者. <https://nintei.nurse.or.jp/certification/General/GCPP01LS/GCPP01LS.aspx> (閲覧日 2023 年 9 月 11 日)
- ・田中久美子(2015). 日本の専門看護師が役割を獲得するまでの内面的成長プロセス. 日看研会誌, 38(1), 127-137.

フォーラム

タイ王国のナレスワン大学看護学部訪問記



千葉 陽子, 牧野 耕次
滋賀県立大学人間看護学部

要旨 滋賀県立大学人間看護学部では、教育・研究における国際化を目指してタイ王国のナレスワン大学看護学部 (Faculty of Nursing, Naresuan University) との連携協定締結に向けた準備を進めている。2022年11月初旬から2023年8月末までの10カ月間、ナレスワン大学からの研究生を本学部で受け入れたことを機に、2023年3月には両校看護学部の学生によるオンライン交流が実現した。この実績をもとに、両学部は関係性強化に向けた協働を始めており、今回、筆者2名が人間看護学部を代表して連携協定締結前の視察に訪れたため、ナレスワン大学および看護学部の概要と、訪問の実際について報告する。

キーワード ナレスワン大学, 看護学部, タイ, 国際交流

I. ナレスワン大学の概要

ナレスワン大学は、タイ王国 (以下、タイ) の首都バンコクから約380km北のピッサヌローク県 (Phisanulok Province) に位置する国立大学である。この地はスコータイ王朝 (1238 ~ 1378年) とアユタヤ王朝 (1350 ~ 1767年) を通して栄え、1584年にビルマ (現ミャンマー) からの独立を宣言したアユタヤ王朝第21代目の王であるナレスワン大王 (King Naresuan) の生誕地としても知られている (タイ国政府観光庁日本事務所, n.d.)。1967年に設立された教育大学 (College of Education) を前身とし、1974年にはバンコクのシーナカリンウィロート大学 (Srinakharinwirot University) のピッサヌローク・キャンパスとして位置づけられた後、1990年7月29日に正式に大学として認可され、当時の国王よりナレスワン大学と命名された (Naresuan University, 2023)。

ナレスワン大学の敷地面積は2,218,000m²であり (科学技術振興機構, n.d.)、筆者らが所属する滋賀県立大学の約7倍 (滋賀県立大学, n.d.)、東京ドームの約47倍に相当する (東京ドーム, n.d.)。健康科学系7学部、科学技術系7学部、人文・社会科学系6学部の、3学部群・20学部から成る総合大学で、広大なキャンパス内には銀行や郵便局、フィットネスセンター、コンビニエンスストア、バイクショップなどもあり、敷地内には施設間移動のための電動バスが無料走行している。

各学部での学士課程での教育に加え、修士課程84専

攻、博士課程57専攻における大学院教育も充実しており、留学生対象のプログラムも備えている。健康科学系学部群には、看護学部の他に健康科学部 (Faculty of Allied Health Sciences)、歯学部 (Faculty of Dentistry)、医科学部 (Faculty of Medical Science)、医学部 (Faculty of Medicine)、薬学部 (Faculty of Pharmaceutical Sciences)、公衆衛生学部 (Faculty of Public Health) があり、大学病院 (Naresuan University Hospital) や歯科クリニック (Naresuan University Dental Clinic) といった臨床施設も併設している (Naresuan University, 2023)。

II. 看護学部の概要

ナレスワン大学看護学部は、社会や人々のウェル

Visit to the Faculty of Nursing, Naresuan University, Thailand

Yoko Chiba, Koji Makino

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2023年9月30日受付, 2024年1月22日受理

連絡先: 千葉 陽子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町 2500

電 話: 0749-28-8665

F A X: 0749-28-9501

e-mail: chiba.y@nurse.usp.ac.jp

ビーイングに貢献するための先導的看護教育機関として能力の高い看護職者を輩出し研究を推進することをミッションとしている。看護学部には学士課程（1学年定員は120名）の他、修士課程、博士課程があり、訪問時点で各課程に497人、108人、30人の学生が在籍しており、総数635人が学んでいた。専門領域は、母子看護（Maternal and Child Nursing）、小児看護（Pediatric Nursing）、成人看護（Adult Nursing）、老年看護（Gerontological Nursing）、地域看護（Community Nursing）、精神看護（Mental Health and Psychiatric Nursing）、看護管理および専門能力開発（Nursing Administration and Professional Development）の7つに分かれており、修士課程には看護管理（Nursing Administration）、成人・老年看護（Adult and Gerontological Nursing）、地域看護ナースプラクティショナー（Community Nurse Practitioner）の3プログラムが設立されている（Faculty of Nursing, 2023）。

教員は、准教授（Associate professor）3人、助教授（Assistant professor）23人、講師（Lecturer）31人の合計57人が教育・研究に従事している。また事務職員34人、学部内保育所職員9人もあわせると、看護学部には合計100人がフルタイムで勤務しており、人的にも大変規模の大きな学部であった。

Ⅲ. 訪問の実際

筆者らは、まずナレスワン大学の学長を表敬訪問した。看護学部長がこれまでの滋賀県立大学人間看護学部との協働の経緯を説明した後、学長からは大学の国際交流の現状に関する話があり、看護学部間での連携への期待が寄せられた。また看護学部でも温かい歓迎を受け、教員間で自己紹介をした後、両国の看護教育についての意見交換を行った。看護学部では、東南アジア諸国の大学をはじめ外国との国際交流を盛んに行っており、タイ側の出席教員全員が外国からの来客をもてなすことに慣れた様子で、われわれとの英語でのコミュニケーションにも問題はなかった。

看護学部では今も戴帽式が重要な行事の一つであり、看護学部棟で見かける白いユニフォームにナースキャップの学生や教員の姿が一昔前の日本の看護界を思い起こさせた。その一方、ラーニングリソースセンター（Learning resource center；学内の演習室がまとまったところ）やシミュレーションラボ（Simulation lab）、教職員用の保育施設の充実には目を見張るものがあった。

ラーニングリソースセンター：専任職員2名と助手数名が常駐しており、複数の病室（ベッドや床頭台あり）、モデル人形、リネン類、ディスプレイ製品などの全てが一元管理されていた。教員は演習スケジュールと必

要物品を専任職員に伝えるだけでよく、専任スタッフが病室や物品の準備、片付け、点検の他、修理依頼や物品購入なども全て行っており、とても効率の良いシステムであった。

シミュレーションラボ：母性・助産、小児、急性期など専門領域ごとに特徴がある物品・モデルが備わった部屋がいくつかあり、各部屋にモニタールーム、スクリーン、コンピューターなども完備されていた。筆者らの訪問前には、フィリピンからの看護大学教員が1週間ここを訪れ、シミュレーション教育のワークショップを行ったということで、学生教育のみならずファカルティ・デベロップメント（Faculty Development）にも有効活用されていた。

保育施設：看護学部棟内には保育施設があり、看護学部のみならず他の健康科学系学部の教職員も子どもを預けて働くことができ、いつでも立ち寄れる授乳室も完備されていた。医学部・歯学部・公衆衛生学部との協力により、子どもたちの定期健康診査・発育測定、歯科検診、給食の献立検討が行われており、ナレスワン大学で勤務することが親や子どもにとって大きな利点となっていた。またこの保育施設で小児看護学実習を行っているとのことであった。

この他にも筆者らは、ナレスワン大学病院の看護部への表敬訪問を経て産科・小児科病棟や循環器疾患集中治療室などを見学できた。また、学外にあるタイの伝統医療専門病院も訪れ、鍼、マッサージ、温熱療法など、西洋医学以外のさまざまなアプローチについて実演してもらいながら学ぶことができた。これらの施設でも代表者が自分たちの母語ではない英語を使って懸命に案内・説明して下さったことが大変印象的であった。

Ⅳ. 終わりに

今回タイのナレスワン大学を訪問し、わが国や本学の現状との共通点や違いを体感することができた。またお会いした方々が諸外国との交流を通して国際感覚を身につけておられることや、意見交換を通して互いに多くの点で学び合えることを実感した。コロナ禍で3年以上にもわたり海外渡航が制限されていたことを踏まえると、今後は教員・学生ともに意識的に国外の動向に目を向け、実際にその地に赴き、さまざまなことを吸収していこうとする姿勢を持つことが重要である。この訪問を機に、両看護学部間の教育・研究推進に向けた協働をさらに進めていきたい。

謝 辞

この度の訪タイにおいて私たちを温かくお迎えくださったナレスワン大学の皆様に心より感謝申し上げます。

文 献

- Faculty of Nursing (2023). Overview of the Faculty of Nursing, Naresuan University. Received with permission for dissemination by the Dean of the Faculty. (公表可能との学部長の許可もとでいただいた資料)
- 科学技術振興機構 (n.d.). Science Portal Asia Pacific. <https://spap.jst.go.jp/resource/university/2090014.html> (2023年9月26日参照)
- Naresuan University (2023). Homepage in English. <https://english.nu.ac.th/> (2023年9月26日参照)
- 滋賀県立大学 (n.d.). 大学案内. <https://www.usp.ac.jp/campus/base/tochitatemono/> (2023年9月26日参照)
- 東京ドーム (n.d.). <https://www.tokyo-dome.co.jp/faq/dome/> (2023年9月30日参照)
- タイ国政府観光庁日本事務所 (n.d.). <https://www.thailandtravel.or.jp/areainfo/phitsanulok/> (2023年9月26日参照)

フォーラム

海外渡航制限中の「看護英語実践」代替授業の工夫：学内での国際看護実習科目の実践



牧野 耕次, 生田 宴里, 松井 宏樹, 千葉 陽子
滋賀県立大学人間看護学部

要旨 2023年3月「看護英語実践」の代替授業をオンラインと対面を併せたハイブリッド形式で開催した。内容は「ナレースワン大学看護学部学生との英語でのオンライン交流」「在留外国人によるプレゼンテーション」「英語圏での留学経験のある卒業生によるプレゼンテーション」であった。参加した学生にとって、今回の授業は海外の医療や教育システム、異文化などの理解および英語力向上の有意義な機会となった。看護職はあらゆる人々を対象とするため、国籍や文化などその多様な背景を理解することが求められる。今回のような国際交流はその上で非常に重要な役割を持っていると考えられる。さらに、研究論文からだけでなく、実践においても視野を広げ新しい知見を得ることは看護にとって欠かせないことである。そのため、今回のような授業は、学生時代から国際交流の基礎を学べるという点においても、重要な役割を持っており継続していく必要がある。

キーワード ナレースワン大学, 国際交流, タイ

I. はじめに

滋賀県立大学人間看護学部においては、2018年度以来「看護英語実践」という海外研修を伴う選択科目を毎年3月に開講していたが、COVID-19パンデミックにより2020年度と2021年度の研修は中止を余儀なくされていた。しかし、このような中でも海外志向をもつ学生は一定数存在していた。そこで、2023年3月「看護英語実践」の代替授業をオンラインと対面を併せたハイブリッド形式で開催した。本稿ではその実践について報告する。

II. 「看護英語実践」の概要

本科目は、全学年の講義や実習がすべて終了した3月上旬に開講される全学年を対象とした専門選択科目であり、到達目標として以下の3点を挙げている。

- ・海外の医療や看護学教育システムを学ぶ。
- ・異文化理解を深める。
- ・英語力能力を向上させる。

2018年度(2019年3月)はアメリカ、2019年度(2020年3月)はオーストラリアにおいて、各国のヘルスケアシステムに関する講義の受講、医療・福祉関連施設の訪問、医療関係者や看護学生との交流などを行い、学生たちは異文化理解や英語でのコミュニケーション能力の向

上に努め、大きな学びを得ていた。

III. 代替授業の実施

2022年11月初旬から2023年8月末までの10カ月間、本研究科ではタイ王国(以下、タイ)の国費奨学金を受けたナレースワン大学の博士後期課程の学生を研究生として受け入れた。これをきっかけに、ナレースワン大学看護学部の学生との英語でのオンライン交流を柱とし、看護や医療に関する国際的な学びが得られるプログラムを組み立てた。これと同時に、学生には代替授業実施の

Ingenuity of the alternative class on “Nursing English Practice” during the restricted period of overseas travel from Japan : implementation of international nursing practicum on campus in Japan

Koji Makino, Eri Ikuta, Hiroki Matsui, Yoko Chiba

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2023年9月30日受付, 2024年1月22日受理

連絡先: 牧野 耕次

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 滋賀県彦根市八坂町 2500

電 話: 0749-28-8637

F A X: 0749-28-9506

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

可能性を周知し、参加意向のアンケートを取ることを通して、国際的交流に関心のある学生の確保にも努めていた。

2022年度「看護英語実践」の代替授業は、2023年3月8日から3月10日までの3日間（90分×15コマ）に実施した。代替授業の構成は以下の通りであった。

- ・ナレースワン大学看護学部学生との英語でのオンライン交流
- ・在留外国人によるプレゼンテーション
- ・英語圏での留学経験のある卒業生によるプレゼンテーション

タイからの研究生は、本学の学生という立場でナレースワン大学とのオンライン交流に参加し、適宜タイ語・日本語・英語での通訳を務めるとともに、自身の外国（日本）での留学体験を英語でスピーチするなどのかたちで、全面的に本授業に協力した。参加者は、英語や海外に対する関心が高い2年生3名、3年生3名の計6名であった。

プログラムは、1日目がオリエンテーションおよび各大学の紹介、参加者の自己紹介、両国看護学生間の質疑応答、医療用語を当てる描写クイズ（scribble）などであった。自己紹介では、全参加者の氏名をアルファベットとタイ語で記載した名札を用い、緊張しながらも自分で作成したスライドを用いて英語で自己紹介ができていた。一方、ナレースワン大学の看護学生は自由参加の交流会であり、日本に対して好意的で、自由に笑顔で自己紹介をしていた。本学の学生はタイ側の学生の明るく楽しそうな雰囲気により緊張感がやわらぎリラックスすることができていた。

2日目には、ナレースワン大学の教員が作成した英語による動画の視聴によって、タイのヘルスケアシステムと看護教育について学ぶ機会を得た。また本大学の教員も、日本のヘルスケアシステムや看護教育の概要についてタイおよび日本の学生向けに英語でのプレゼンテーションを行った。各発表の後には質疑応答の時間を設け、両国の違いや共通点などについて様々な意見交換が行われた。

2日目には、在留外国人による母国の医療制度の概要と日本での医療機関体験などのエピソードの発表を英語で聴講する機会を設けた。スピーカーは、以下の4名であった。

- ・カナダ出身の滋賀県国際交流員（母語は仏語）
- ・タイ出身の本学部研究生（母語はタイ語）
- ・アメリカ出身の本学全学共通機構講師（母語は米語）
- ・イギリス出身の本学人間文化学部准教授（母語は英語）

最終日には、英語圏での留学経験がある2名の卒業生の体験談を聴講した。アメリカの留学経験がある卒業生は、日本での看護師としての臨床経験を経た後、現在は海外とのつながりもある一般企業で看護師であることを

活かして病院ホームページを作成・管理していた。もう1人の卒業生は、小児看護のスペシャリストを目指して文部科学省の奨学金（トビタテ！留学JAPAN）を獲得したものの、COVID-19パンデミックによって奨学金による留学を断念せざるをえなかったが、その後諦めずに私費でのカナダ留学を経験し、現在は日本の医療機関で看護師として勤務していた。

ナレースワン大学との交流では、「英語が第一言語ではないからこそ、工夫して相手に伝えようとするし、相手の言わんとしていることを汲み取ろうという意識が向き、コミュニケーションが成立した」「英語はお互い母語が異なる者同士、コミュニケーションをとることが出来る非常に便利なツールである」「異なる文化や環境で生活する人との交流は自分の知らないことを知ることができて視野が広がる」などの感想が寄せられた。

在留外国人によるプレゼンテーションからは、「シンプルな英語で正確に内容を伝えることが出来る能力が重要」「外国人という理由で態度を変えるのではなく、個人対個人としてコミュニケーションをとる必要がある」「海外のヘルスケアシステムが日本と異なるという知識があれば看護師の外国人患者の理解につながる」などという声が聞かれ、国内における在留外国人への医療や看護について多くの気付きを得られていた。

海外活動経験のある卒業生のスピーチに対しては、「将来的には国外に出て看護師として働いてみたいという願望があるため興味深かった。海外では日本では学べないことや経験できないことが多くあるため、新たな学びを得るために海外へ行くということは非常に有意義である」「国際的な生活や職業、言語に関心を持っていたにもかかわらず、卒業後は病院で働くべきであるという固定観念を抱き、自分の視野や可能性を狭めていたということに気づいた」「諦めていたが自身の目指す専門性が見えてきたら留学してみたいと思うようになった」などの声がきかれた。

IV. 終わりに

今回、学生らが持つチャレンジ精神とナレースワン大学の担当教員のあたたかな励まし、同学生たちの笑顔と明るさ、楽しむことを第一優先にした両大学協働の準備などにより、学生たちは楽しみながら英語を話し、その目標を達成することができた。年齢の近い卒業生の行動力、苦勞しながらも成長し社会人になって活躍している姿を間近にみてかかわることで、彼女たちをロールモデルとして目的意識を強化し、自分たちの可能性にも気づくきっかけになったと考えられる。看護職はあらゆる人々を対象とするため、その国籍や文化などの多様性を

理解することが求められる。対象の背景を理解する上においても、国際的な視野を広げ英語をそのツールとして意識する機会となった今回のような授業は、学生時代から国際交流の基礎を学べるという点においても、重要な役割がある。

今回、協働したナレースワン大学との関係から、COVID-19 パンデミックあけの「看護英語実践」の研修先や学部間提携などに繋げ、互恵的に教育だけでなく研究においても発展させたい。

謝 辞

本授業の企画・運営にご協力くださいました全ての方々、またナレースワン大学看護学部の教員・学生の皆様、スピーカーとして登壇してくださいました皆様に心より感謝申し上げます。

(令和6年1月31日改正)

人間看護学研究投稿規定

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。なお、「概論分析」論文はここに含まれる。

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。なお、「文献的検討」論文はここに含まれる。

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

フォーラムを含む他の原稿は2頁以内とする。

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。

なお、結論の後に「利益相反の有無」を記載すること。

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。Wordを使用し、表紙、要旨、本文を一まとめとして提出する（図・表はその限りでない）。

(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。受付後、著者に投稿者チェックシートが配布されるので、著者は必要事項を記入してこれを提出する。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、編集委員会の指定され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。

(3) 原稿が、投稿規定の制限事項から大きく逸脱している場合には受理しない。

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

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。なお、本文にはページ番号を下部に、連続した行番号を左に記入すること。
- (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,⋯）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第7版スタイルに準拠する。
 - ・本文中の文献引用
 - ①引用箇所、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

人間看護学研究

編集委員長 越山 雅文
編集委員 新井香奈子
荒川千登世
生田 宴里
古株ひろみ
小林 孝子
下通 友美
坪井 宏仁
中川 美和
渡邊友美子

Journal of Human Nursing Studies

Editor-in-Chief Masafumi Koshiyama
Editors Kanako Arai
Chitose Arakawa
Eri Ikuta
Hiromi Kokabu
Takako Kobayashi
Tomomi Shimodori
Hirohito Tsuboi
Miwa Nakagawa
Yumiko Watanabe

人間看護学研究 第22号
発効日 2024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 株式会社 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.