

ISSN 1349-2721

人間看護学研究

Journal of Human Nursing Studies

14

2016

March



滋賀県立大学人間看護学部

人間看護学研究

編集委員長 森 敏
編集委員 甘佐 京子
伊丹 君和
大脇万起子
平田 弘美
渡邊友美子

Journal of Human Nursing Studies

Editor-in-Chief Satoru Mori
Editors Kyoko Amasa
Kimiwa Itami
Makiko Ohwaki
Hiromi Hirata
Yumiko Watanabe

人間看護学研究 第14号
発行日 2016年3月31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

印刷所 (有) 東 呉 竹 堂 (ひがし印刷)

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

Printed by HIGASHI PRINT

巻頭言



人間看護学部 学部長

あま さ きょう こ
甘 佐 京 子

2004年3月に本学部学術雑誌として創刊された『人間看護学研究』も、第14号の発刊を迎えることとなった。初代看護学部長である筒井裕子教授は、本誌の創刊に際し、「開かれた学部を目指し、本誌の充実に努めたい」と明言された。その言葉どおり、発刊当初は、学部の教員による研究論文が中心であったが、やがて、地域交流看護実践研究センターによる共同研究事業の推進により、臨床と大学との共同研究の取り組みが論文として加わった。また、2007年には大学院修士課程が開設され、多くの院生が研究成果を本誌に投稿するようになった。修士論文のみならず、在学中から研究課題に関連した文献レビュー等が数多く投稿され本誌の紙面はより賑やかなものとなっている。創刊から12年の時を経て、まさに本誌が開かれた学術雑誌として成長してきたことを実感している。学部の学術雑誌という特性もあり、まだ若い発展途上にある研究も少なくない。しかし、別の側面から見れば、これから大きく開花していく知の宝庫ともいえる。どうかここでの成果発表をステップにして、より大きな成果を他の学術誌でも公表されることを期待している。

今後も本誌が、県内において看護学の情報発信の拠点となり、より充実した学術雑誌に発展するよう心より祈念する。

研究ノート

看取りまでの介護者の思いと
在宅介護で望む支援

和田 幸子,¹⁾谷口 里江,¹⁾橋本 陽子,¹⁾松浦 和美,¹⁾大谷 愛子,¹⁾植村小夜子²⁾
¹⁾大津市訪問看護ステーション
²⁾滋賀県立大学人間看護学部人間看護学科

背景 超高齢社会を迎えた日本において最期まで在宅療養ができ、そこで看取られる医療と福祉の体制強化が求められる。在宅介護と看取りを経験した介護者の支援の示唆を得ることは重要である。

目的 看取り後の介護者にインタビューを行い、看取りまでの介護者の思いと在宅介護で望む支援を明らかにする。

方法 対象者：在宅介護を経て看取りを経験した介護者10人

調査期間：2014年9月～2015年2月

調査方法：インタビューガイドを用いた半構成的面接

分析方法：逐語録を熟読し抽象度を高めた。カテゴリー化の際、分類とタイトルについては研究者間で繰り返し検討した。

倫理的配慮 大津市民病院医療倫理委員会（受付番号198）の承認を得た。

結果 介護者の思いと在宅介護で望む支援を示す124のコードから18サブカテゴリー、更に5カテゴリー【在宅介護・看取りに繋がる覚悟】【要介護者との絆】【一人ではない安心感】【正しい病状理解と症状コントロール】【看取り経験】が抽出された。

考察 介護者の思いと在宅介護で望む支援の5つのカテゴリーの関係性は次のとおりである。【在宅介護・看取りに繋がる覚悟】【要介護者との絆】は、歩んできた歴史、介護の過程の中で培われてきた要介護者と介護者間の感情要因といえる。そして、【一人ではない安心感】【正しい病状理解と症状コントロール】には、介護者が在宅で望む支援要因が集約されていた。また、【看取り経験】は、前者と後者の共通部分であると考えられる。介護者の持ち備えている要介護者への感情と支援者による充実した在宅支援とが看取り経験に影響を及ぼすと考えられる。したがって、支援者はフォーマル支援の充実のみならずインフォーマル支援の更なる充実、介護者が外出可能な時間や夜間の休息を確保できる支援、更に要介護者が穏やかに療養でき安らかな死を求める死の質（Quality of death）の確保を念頭においた支援の充実が挙げられる。また、介護者や家族の真の思いを尋ねる時間の確保が在宅看取りを推進していく上で重要である。

結論 看取りまでの介護者の思いからは、在宅介護・看取りに繋がる覚悟や絆の有り様が関係し、看取り経験は、次の看取りや自身の最期の覚悟に繋がっていることが明らかとなった。そして、在宅支援で望む支援としては、フォーマル・インフォーマルを含めた支援者による充実した在宅支援、つまり介護するのは一人ではないとの思いと安心感が看取り経験に影響を及ぼすと考えられる。

キーワード 在宅介護、看取り、介護者、在宅支援

Caregivers' feelings until end-of-life care and support they require for care at home

Sachiko Wada¹⁾, Rie Taniguti¹⁾, Yoko Hashimoto¹⁾, Kazumi Matsuura¹⁾, Aiko Otani, ¹⁾Sayoko Uemura²⁾

¹⁾Otsu Visit Nursing Station

²⁾School of Human Nursing The University of Shiga Prefecture

2015年9月30日受付、2016年1月9日受理

連絡先：和田 幸子

大津市訪問看護ステーション

住 所：滋賀県大津市本宮2丁目9-9

e-mail：wada 5 mshtt@salsa.ocn.ne.jp

I. 緒言

医療依存度が高くても、住み慣れた場所で生活したいという希望や、在宅で最期を迎えたいという選択肢を実現するために、医療福祉サービスを総合的に受けられる地域を住民とともに目指すことがますます重要になっている。

しかしながら、終末期医療に関する調査によると国民の60%以上が最期まで自宅での療養は困難であると考えており、そのうちの80%以上が自宅では家族の介護などの負担が大きいからと回答している¹⁾。また、要介護状態になっても子ども等との絆を保ちながら住み慣れた家で生きるためには、子供らに介護負担をかけることのない暮らしが求められ、家族に依存しない専門職による在宅ケアが不可欠であるとも述べられている²⁾。

A訪問看護ステーションでは、2013年11月に在宅看取りについて地域住民を対象とした公開講座を実施した。そのアンケート調査から「家族の在宅看取り」については、84%の家族が本人の思いを尊重したいと答えた。それに対し「自身の在宅看取り」を希望する者は、41%と半数以下であった。その理由には、子供に迷惑をかけたくないから自身が家で最期を過ごすことに躊躇するとの思いが含まれていた。

医学中央雑誌（1990～2014年）を用いて文献を検索し、得られた文献と手記から、「在宅介護」「看取り経験」「在宅支援に望むこと」に焦点を当て、文献検討を行った。医療従事者や介護福祉職の看取り経験後の思いや学びの報告はあるが、在宅介護と看取りを経験した介護者

の思いと望む在宅支援や関わり方の検討報告はあまりみられない。医療・福祉従事者でなく、家族で看取りを経験した介護者の支援の示唆を得ることは、超高齢社会で必要とされる在宅支援の学びとして必須である。また、「子供に迷惑をかけたくないから自身が家で最期を過ごすことに躊躇する」と考えている在宅介護や看取り経験のない住民にも有効と考える。

以上のことから本研究では、在宅介護と看取りを経験した介護者の支援の示唆を得るために、看取り後の介護者にインタビューを行い、看取りまでの介護者の思いと在宅介護で望む支援を明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 研究対象者（表1）

対象は、A訪問看護ステーションの看護師が関わり、在宅介護を経て在宅看取り、もしくは病院看取りを経験した介護者10人（対象A～J）。年齢は50～80歳代、介護継続年数の中央値は5.5年、訪問看護介入期間の中央値は3年10ヶ月である。介護者続柄は、娘が5人、妻が4人、息子が1人、看取り場所は、在宅看取りが7人、病院看取りが3人である。

2. 用語の定義

在宅介護と看取りを経験した介護者：在宅介護を経て、在宅看取りもしくは病院看取りを経験したものとした。介護者の思い：介護や看取り経験の中で要介護者、在宅支援者及び自分自身にむけた思いとした。

表1 対象者の属性

| 対象者（介護者） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|------|----|------------|-------------|-------|------|--------|------|------|------|------|---------|----------------|----------|----------|------|
| | 年齢 | 性別 | 続柄 | 介護期間 | 介護協力者 | 地域支援 | 訪問診療 | 訪問看護 | 訪問入浴 | 訪問介護 | 通所介護 | レスパイト入院 | 在宅介護・看取りの看取り経験 | 看取り場所 | 看取りへの満足感 | 症状緩和 |
| A | 70歳代 | 女性 | 子(娘)独身 | 12年 | なし | なし | 1～2回/週 | 2回/週 | なし | なし | 1回/週 | なし | あり | 在宅 | あり | 不良 |
| B | 70歳代 | 女性 | 妻 | 6年 | あり | あり | 毎日 | 毎日 | 2回/週 | なし | 2回/週 | なし | なし | 在宅 | あり | 良好 |
| C | 50歳代 | 女性 | 子(娘)通い | 10年 | あり | なし | 1～2回/週 | 毎日 | 2回/週 | 毎日 | 3回/週 | あり | なし | 在宅 | あり | 良好 |
| D | 80歳代 | 女性 | 妻 | 10年 | あり | あり | 1～2回/週 | 毎日 | 2回/週 | なし | なし | あり | なし | 在宅 | あり | 良好 |
| E | 60歳代 | 女性 | 子(娘) | 4年1ヶ月途中からあり | あり | あり | 1～2回/週 | 1回/週 | 2回/週 | なし | なし | なし | あり | 在宅 | あり | 良好 |
| F | 70歳代 | 女性 | 妻 | 20年 | なし | あり | 1回/2週 | 毎日 | 2回/週 | 3回/週 | なし | あり | あり | レスパイト中病院 | なし | 良好 |
| G | 70歳代 | 女性 | 妻 | 5年 | なし | なし | 1回/2週 | 1回/週 | なし | なし | なし | なし | あり | 病院 | あり | 良好 |
| H | 60歳代 | 男性 | 子(息子) | 1ヶ月 | あり | なし | 毎日 | 毎日 | 1回/週 | なし | なし | なし | なし | 在宅 | あり | 良好 |
| I | 50歳代 | 女性 | 子(娘)独身日中仕事 | 2年6ヶ月 | あり | なし | 1回/週 | 3回/週 | なし | なし | 2回/週 | なし | なし | 病院 | なし | 不良 |
| J | 70歳代 | 女性 | 子(娘)独身 | 1年 | なし | あり | 1～2回/週 | 毎日 | 2回/週 | なし | なし | なし | あり | 在宅 | あり | 良好 |

支援：訪問診療や訪問看護、訪問介護、通所介護、レスパイト入院等のフォーマル支援及び親戚や友人、隣人など地域の住民によるインフォーマル支援を含め支援とした。

3. データ収集内容と方法

調査は、2014年9月に実施したA訪問看護ステーション遺族会に参加した7人と参加出来なかった3人の自宅に訪問し行った。インタビューガイドを用いた半構成的面接でデータ収集を行った。調査内容は、「介護中の思い」「どのような支えがあってつらい時期を乗り越えたか」「在宅介護期間中にあればよかったと思う支援」「『家族に迷惑をかけたくない』という住民の思いについてどう思うか」「過去に在宅介護や看取り経験があったか」である。面接期間は2014年9月～2015年2月であり、面接時間は平均40分であった。介護者が二人の場合は主介護

者にインタビューを行った。インタビューの内容は、対象者の了解を得てICレコーダーに録音し逐語録として文章化した。

4. 分析方法

逐語録の内容を繰り返し確認し、対象者の語りの表現のまま文章単位に整理し逐語録にした。それらを熟読し意味内容の類似性による分類と命名を繰り返して抽象度を高めカテゴリー化した。また、信頼性の確保のため、発言の意味を誤って解釈していないか対象者へ確認した。

5. 倫理的配慮

本研究を行うにあたり、大津市民病院医療倫理委員会（受付番号 198）の承認を受け、以下の点について倫理的配慮を行い実施した。研究の趣旨と目的、匿名性の保持、研究協力は任意でありいつでも研究参加を中止できること、看取り場面の回想により感情が高ぶることが推

表2 カテゴリー・サブカテゴリー・コード一覧

| カテゴリー（5） | T u J e s [GPWH | コ ー ド（抜粋） |
|------------------|--------------------------------------|--|
| Ⅰ、在宅介護・看取りに繋がる覚悟 | <過去の介護経験からの思い> | ・祖母も父も在宅で看取った ・母が父を看病していたのを思い出した ・父を介護し亡くなる5日前に入院して病院で亡くなったので母は家で看 たいと思っていた |
| | <在宅看取りの良さを知っている> | ・父の看取りの失敗を絶対母ではしない病院で死なすことなんて絶対いや ・家にも病院にも一緒に家の方がいい |
| | <家族が看ることの覚悟> | ・入院している間に患者と家族がちゃんと決めて連れて帰りたいなら入院 している間にちゃんと教育してもらったら看取りは出来ないことではない ・看取りは家族がやるしかない ・退院する前に病状について医師からしっかり説明してもらっていたから 覚悟はできていた |
| Ⅱ 要介護者との絆 | <本人からの気遣い> | ・女神さんやってくれる ・母が私同様一生懸命協力してくれた ・遺品整理の時世話になったこととか書いてあったのを見たときは泣けま した |
| | <本人の希望> | ・主人が家に帰りがっていると病院からいってもらった ・なるべく家でみてほしいと思ってはったから |
| | <介護者の責任の遂行> | ・母に対する感謝です、看たという自己満足だけ ・ある時期から自分の娘のようなかわいい感じがしてきた |
| Ⅲ 一人ではない安心感 | <インフォーマル支援で心が穏やかになれる> | ・夜は母が1回吸引してくれるからまとまって休めた ・家族が二人いれ ば楽に介護できる ・隣の孫が痰も取りに来てくれた ・友達は大事 ・介護に兄夫婦が来てくれた ・一人介護ではプツ鬱 ・地域の人も何か こう巻き込んだ形で見てあげられたらもっとお家で気が楽にいけるのかな |
| | <専門職間や家族との円滑なコミュニケーション><支援は安心感につながる> | ・明日は誰々が来るあさっては誰が来るとわかっていた ・訪問看護さんに入ってもらってからは色々教えてもらって楽に介護が できた ・相談できたら全然精神的に違う ・どうしたらいいかって時にす ごく責任を感じた ・ここの（機関病院）先生が主治医みたいになってい たからなかなか在宅でというのは難しかったかな ・在宅医との信頼関係 が築けなかった ・いつ介護休暇を取ろうか迷っていたこんなことなら早 く取ればよかった |
| | <無理のない介護> | ・能力分しかやらなかった ・夜を見て夜の介護ってこんなにしんどいん やって ・私が最期まで看れたのは訪問看護さんが99%してくれたから |
| | <介護者の休息や自由な時間の確保> | ・誰かがここに滞在しといてくれて安心してどこかに出かける ・施設では体調が悪くなると帰ってこなければならぬがずっと預かって くれる場所があればいい ・夜を見て夜の介護ってこんなにしんどいんやってこと |

| | | |
|----------------------------|---------------------|--|
| IV 正しい病状理解と 症状コントロール | <予想外の出来事からの悔や み> | ・何十年も見てきて最期を看なかった ・隣に居ててわからずものすごく ショックやった ・家で看取る予定やったのにレスパイト先で亡くなった |
| | <苦痛症状からの解放> | ・最期痛みから解放してたらどんなに本人が幸せやったかなと思う ・苦 しまなかったら家に居たかっただろうかなと思う ・眠るように逝ってくれ た ・夜中痛がった時に自分たちで座薬を入れることができた ・痛いも 痒いも言わなかった |
| | <治療の限界を受け止める> | ・もう病院にいてもやることはないと言われた ・母は治る奇跡は起き ると思いたかった ・誰も先生を責めたりしないからもうちょっと踏み込 んで話をしてよって思うことがある ・本当は細かい数字じゃなくて大丈夫 だよって言って欲しかった |
| V. 看取り経験 | <介護・看取りの満足感> | ・亡くなった時これで精いっぱいのはやったなと思った ・在宅で看 取った喜び ・ああこれで母は楽になったのかなって思いました ・看取っ た満足感 ・母自身もすごく穏やかな顔で亡くなったのでほっとしている |
| | <看取りからの学び> | ・私の大きなプラス ・娘がお母さんの様にはできないとはっきり言いま すそれでよいと思う ・自分がどういいう最期を迎えるかという気持ちがしっ かり決まっていなくて家族に迷惑をかける ・医療者だけでなく地域の 人も巻き込んでひとり暮らしの人も家で看取れたらと思う |
| | <死別後の生活> | ・今自分の自由をもらっているので主人には毎日有難うと言っている ・主人の気配みたいな感じながら日々過ごしている |
| | <自身の最期> | ・息子に（老後）迷惑かけるっていうている ・自分も家で亡くなりたい ・息子の仕事を犠牲にしてまではまあ長くは生きないと思うけど覚悟さえ 決めておけば |

察され、途中で面接を止めることもでき、面接終了後も面接内容を撤回できることを伝えた。また、遺族会に参加した7人においては、周囲に人がいる為話にくい内容については話さなくても良いことを説明した。研究のみに使用することを文書でも説明し協力を依頼した。同意書への署名をもって同意とした。承諾を得られた面接内容のみ、ICレコーダーに録音し、ICレコーダーの管理についても厳重に保管した。

Ⅲ. 研究結果

分析の結果、124コードが抽出された。これらのコードから18サブカテゴリー、5カテゴリーが形成された(表2)。カテゴリーは【在宅介護・看取りに繋がる覚悟】【要介護者との絆】【一人ではない安心感】【正しい病状理解と症状コントロール】【看取り経験】である(以下カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを< >、コードを『 』で示す)。

次に導き出された介護者の思いと在宅介護で望む支援の5つのカテゴリーについて述べる。

1) 【在宅介護・看取りに繋がる覚悟】

これは、過去の介護経験の学びから、次はこうしたいという強い信念を持って在宅介護に臨んでいることをあらわしている。介護者は、幼少期に祖父母の介護・在宅看取りを経験した。あるいは、母親が父親を介護している姿を見ていたため、介護開始以前から在宅介護・在宅

看取りに対する決意をもって臨んでいた。『母が父を看病していたのを思い出した。一生懸命したら悔いは残らない(対象F)』と<過去の介護経験からの思い>を話した。『入院している間に患者と家族がちゃんと決めて連れて帰りたいなら入院している間にちゃんと教育してもらったら看取りは出来ないことではない(対象H)』と<家族が看ることの覚悟>を決意し在宅介護に向け入院中から前向きに取り組みを行っていた。それには、病院医師の病状説明が十分になされ介護者が納得していることが前提であり、要介護者の意思決定の上での家族の決意や合意が必要であると考えていた。また、『父の看取りの失敗を絶対母ではしない。病院で死なすことはいや(対象A)』と病院看取りも経験した上で在宅介護・在宅看取りの良さを実感しており、過去に看取りを経験している介護者は<在宅看取りの良さを知っている>という語りが聞かれた。

2) 【要介護者との絆】

これは、介護は単に役割・責任だけではなく、要介護者と介護者の夫婦間・親子間の絆が関係していることをあらわしている。『亡くなる少し前に「幸せな人生やった」って言いましたのが何よりのプレゼント(対象G)』と要介護者からの思いやりや感謝の言葉<本人からの気遣い>に救われたことを介護者は話した。また、『主人が家に帰りがっている病院からいってもらった(対象B)』と<本人の希望>を知り叶えたいという介護者の思いが聞かれ、『母に対する感謝です(対象J)』と<

介護者の責任の遂行>を感じさせた。

3) 【一人ではない安心感】

これは、家族や地域、様々な在宅支援とコミュニケーションや連携が図れ、介護者が一人で介護負担感を抱え込まず、無理なく安心して介護・看取りができることをあらわしている。介護中の辛い時期をどう乗り越えたかについて『夜は母が1回吸引してくれるからまとまって休めた(対象者H)』と高齢者の母親とともに介護していた主介護者は夜間交替の人員として母の存在に感謝していた。また、家族の介護協力者がいない介護者は、『地域の人も何かこう巻き込んだ形で見てあげられたらもっとお家で気が楽にいけるのかな(対象I)』と地域住民や友人など介護協力者の重要性について語り<インフォーマル支援で心が穏やかになれる>ことを話した。フォーマル支援として早期より訪問介護を利用した介護者でも医療処置について相談相手がいない場合、自分一人で決めて大丈夫かと責任を感じていた。『母の体調が悪いと薬や注入食の量で迷った。どうしたらいいかって時に、すぐく責任を感じた。訪問看護さんに来てもらうようになり楽な気持ちで介護できるようになった(対象C)』と話した。また、『いつ介護休暇を取ろうか迷っていた。こんなことなら早く取ればよかった(対象D)』と介護休暇をとるタイミングについて悩み、介護と仕事の兼ね合いに常に迷いを生じていた思いが語られた。仕事を持ちながら介護している介護者とは、ノート等紙面上の連絡が多く、介護者からの具体的な質問や投げかけがない限り、要介護者の病状や現状を理解していると捉え介護者の不安を察知できない。<専門職間や家族との円滑なコミュニケーション・支援は安心感につながる>ことの重要性を思わせた。『自分の力って言うんですか、能力分しかやらなかった。私がそこに立っていただけ。皆がしてくれた(対象D)』と介護者自身病弱でありながらも体調を崩さずに看取りを終えられたことに<無理のない介護>スタイルを話した。在宅介護期間中にあればよかったと思う支援について『夜を見て夜の介護ってこんなにしんどいんやってことを実感した(対象C)』と<介護者の休息や自由時間の確保>の必要性を語った。

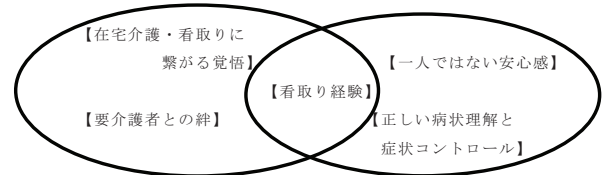
4) 【正しい病状理解と症状コントロール】

これは、要介護者の苦痛症状のコントロールができており、病状や治療の限界を介護者がしっかりと受け止めることができていることをあらわしている。『家で看取る予定やったのに入院中に亡くなった(対象F)』と十年以上在宅介護を継続し在宅看取りを希望していた介護者は<予想外の出来事からの悔やみ>に、看取りから一年以上経過していたにもかかわらず冴えない表情を見せた。さらには、『最期痛みから解放してたらどんなに本

人が幸せやったかなと思う。訪問看護さんから先生にもう少し押ししてほしい(対象A)』と在宅看取りができたことには満足しているが悔いを話す介護者もいた。逆に『夜中痛がった時に自分たちで座薬を入れることができた(対象J)』と介護者自身が対応し要介護者が安楽な表情となり<苦痛症状からの解放>が重要であることが語られた。『もう病院にいてもやることはない(説明された(対象H))』と<治療の限界を受け止める>ことが可能な介護者では在宅介護や看取り経験でやり遂げた思いを持っていた。

5) 【看取り経験】

これは、看取りを経験したことからの実感、死別後の生活や自身の最期の迎え方への思いの変化をあらわしている。『みなたくさんが施設に入らるけれど在宅で皆にお世話になりながら母を見送ったという満足感があります(対象E)』と<介護・看取りの満足感>を話し、『どういう風に生きるのかはどういう風に死ぬかって言うのと同じこと(対象I)』と<看取りからの学び>を全員の介護者が語った。そして<死別後の生活>について『今自分の自由をもらっているので主人には毎日有難うと言っている(対象B)』と在宅介護や看取りに悔いのない介護者は晴れ晴れとした表情であった。看取りを経験した介護者であっても<自身の最期>については、『息子の仕事を犠牲にしてまでは(対象F)』『自分も家で亡くなりたい(対象E)』と思いが分散した。在宅看取りについて、しんどかった中にも介護満足感を得ていると語り、病院看取りにおいても要介護者が穏やかな表情であると介護満足感が語られた。逆に、看取りに悔いが残っている介護者は死別後も悔やみに関連した不満足感の語りが多く介護期間中より笑顔が少なかった。介護・看取り時の介護者の満足感と不満足感から死別後の介護者の生活も二極化する傾向がみられた。看取り経験は介護者自身の人生観にも影響を与えており、独身者では、一人



『 F æ ~ « % j ç - | E ~ « % v
 ~ · v
 E F x A v [' E ~ » • 0 - E ç "
 -] x v
 F o ß J e S [/ ° " ~ l f o v

図1 カテゴリーの関係性

で迎える自身の最期の覚悟に繋がり、リビングウィルの必要性を実感し、身辺整理を実践していたものもいた。

IV. 考 察

介護者の思いと在宅介護で望む在宅支援の5つのカテゴリの関係性は次のとおりである。【在宅介護・看取りに繋がる覚悟】【要介護者との絆】は、歩んできた歴史、介護の過程の中で培われてきた要介護者と介護者間の感情要因といえる。そして、【一人ではない安心感】【正しい病状理解と症状コントロール】には、介護者が在宅で望む支援要因が集約されていた。また、【看取り経験】は、前者と後者の共通部分であると考えられる。介護者の持ち備えている要介護者への感情と支援者による充実した在宅支援とが看取り経験に影響を及ぼすと考えられる(図1)。

1) 【在宅介護・看取りに繋がる覚悟】

終末期の状態になれば一般的には「病院に行けば家よりよい治療ができる、家で寝かせていると何も治療できない」と思われがちである。徳永は、治療空間として家は病院に比べ質が落ちるかという、そうではなくて酸素も点滴も痰の吸引もできる。高齢の場合やがん末期の場合は、自宅でも病院と同じことができると考えていい。もっと堂々と家で死を看取っていいのではないかと述べている。幼少の頃の家庭環境から在宅介護・看取りを経験していた介護者は、在宅介護を容易にイメージでき、在宅介護や看取りの受入を当たり前と捉えていた。対象者5人は、過去に在宅介護や看取りを経験しており、在宅介護への移行が容易であり看取りに繋がる覚悟を既に持っていた。これらのことは、「大切なことは慣れ親しんだ家やなじみの顔に囲まれ、穏やかに最期を迎えること」を過去の経験から習得しているからであろうと考えられた。

2) 【要介護者との絆】

介護者は、在宅介護開始について本人の意思を叶えたという思いがあり、看取り時の思いについては責任を果たしたという思いがあることが明らかになった。渡邊らは、介護負担感と主観的幸福感は互いに関係しあっている⁴⁾と述べている。対象者4人が配偶者であり、生活史を共に作ってきた伴侶であり、人生の終わりまで付き合い合うという思いが込められている。山村らは、覚悟と決心は、家族として共に生活する時間の経過の中で培われた感情と報告している⁵⁾。要介護者の介護者への気遣いの言葉ややさしい表情、頑張る姿を目にし、介護者は、介護を継続する力を得ていると考えられた。

3) 【一人ではない安心感】

近年、3世代世帯は減少傾向である一方、親と未婚の子のみの世帯と夫婦のみの世帯は増加傾向にある⁶⁾。少子化や介護を必要とする高齢者を少ない若年者で支える時代の到来し、地域包括ケアシステムが叫ばれている現状からフォーマルな在宅支援サービスのみでなく、インフォーマルな支援である近隣の住民や友人等が積極的に在宅介護へ協力・参加することは、介護者の【一人ではない安心感】に繋がると考える。介護者が訪問時不在な場合は、介護者の休日時に合わせ、真の思いを尋ねる時間の確保が必要である。在宅支援者と家族が同じ方向に向かって進まなければ【一人ではない安心感】に繋がらない。介護者の介護への意気込みとしては、在宅支援サービスを利用しながら介護者ができる範囲で無理せず介護を行うことで、体調不良なく介護を継続できたとも語られた。鷲尾らは、介護者負担軽減には介護者が自由に外出できるような介護から解放される時間を確保することが必要である⁷⁾と述べている。対象者の8人は、介護を一人で継続しており、介護者の生活に必要な買い物や外出する時間の確保は不可欠であり、気分転換と安心感の提供が必要である。佐藤らは、主介護者の介護負担を軽減するには、介護サービスの利用を積極的にすすめることが重要である⁸⁾と述べている。在宅サービスでは、昼間は在宅支援サービスである程度賄われるが、夜間介護の支援が手薄になるため、介護者は睡眠不足から体調不良を招くこともある。24時間在宅支援診療所の医師は緊急電話時往診が可能であり、訪問看護も夜間や休日は緊急電話で相談を受け、必要時は訪問を行う緊急時対応体制のシステムがある。しかしながら、介護交替者がいない場合は、夕方から翌朝まで訪問看護師の夜間滞在型在宅支援が制度上成り立つことが望まれる。

4) 【正しい病状理解と症状コントロール】

要介護者の症状コントロールが完全でなかった場合、介護者に悔いが残り、逆に症状コントロールができたときは、介護者は満足感を得ていた。安田らの研究では、在宅死を可能にする家族支援とは、苦痛の除去、疼痛コントロールができていないことと報告している⁹⁾。要介護者の苦痛症状からの解放がなければ、介護者の悔いのない在宅介護・看取りには繋がらないと考えられた。要介護者が人生の最終段階において穏やかな表情で療養でき安らかな死を求める死の質 Quality of death (QOD) を念頭に置き、在宅医や薬剤師、訪問看護師が協働することが切に望まれる。

5) 【看取り経験】

介護の役割や責任を遂行した介護者は、自身の余生にも影響を及ぼすほどの学びを得、次の看取りや自身の最

期の覚悟に繋がっていることが明らかとなった。しかしながら、自身の最期については、在宅療養を希望したものとそうでないものに分かれた。本研究は、「子供に迷惑をかけたくないから自身が家で最期を過ごすことに躊躇する」と考えている在宅介護や看取り経験のない住民にも有効と考えた。しかしながら、対象者の一部には在宅介護と看取り経験から在宅介護や在宅看取りのよさを知ってはいるものの、親として子供たちの安定した生活を送ってほしいという深い思いがあり、簡単に決定できないことが明らかになった。

以上のことから、看取りまでの介護者の思いからは、介護者の持ち備えている要介護者への感情、つまり在宅介護・看取りに繋がる覚悟や絆の有様、在宅介護で望む支援としては、フォーマル・インフォーマルを含めた支援者による充実した在宅支援、つまり介護するのは一人ではないとの思いと安心感が看取り経験に影響を及ぼすと考えられる。したがって、支援者はフォーマル支援の充実のみならずインフォーマル支援の更なる充実、介護者が外出可能な時間や夜間の休息を確保できる支援、更に要介護者が穏やかに療養でき安らかな死を求める死の質（Quality of death）の確保を念頭においた支援の充実が挙げられる。また、介護者や家族の真の思いを尋ねる時間の確保が在宅看取りを推進していく上で重要である。

V. 研究の限界と課題

本研究は、10人の研究対象者のデータをもとにした分析であり、すべての看取りまでの介護者の思いと在宅介護で望む支援を一般化できるものではない。また、看取り場所が在宅と病院での介護者の思いと在宅介護で望む支援の比較検討はしていない。今後は、看取り場所が同じ対象者において調査を実施し、看取り場所の違いからくる結果の比較を行うことが課題である。しかしながら本研究は、これまで十分に明らかにされてこなかった看取りまでの介護者の思いと在宅介護で望む支援を明らかにしたことに一定の意義があると考えられる。

VI. 結語

看取りまでの介護者の思いからは、在宅介護・看取りに繋がる覚悟や絆の有様が関係し看取り経験は、次の

看取りや自身の最期の覚悟に繋がっていることが明らかとなった。そして、在宅介護で望む支援としては、フォーマル・インフォーマルを含めた支援者による充実した在宅支援、つまり介護するのは一人ではないとの思いと安心感が看取り経験に影響を及ぼすと考えられる。

謝辞

本研究に協力いただきました介護者のみなさま、並びに本研究に多大なご尽力をいただきました関係者のみなさまに深く感謝いたします。

なお、本研究は平成26年度滋賀県立大学地域交流看護実践研究センターの助成を受けて実施したものであり、要旨は、平成27年度共同研究発表会で発表した。

文献

- 1) 厚生労働省：平成19年度終末期医療に関する調査。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/s1027-12.html> (2013年10月1日)
- 2) 高波澄子：子ども等を介護負担から解き放ち、在宅ケアで老後を生きる, *Hospice and Home Care*, 20(1), p54-62, 2012.
- 3) 徳永進：わたしだって看取れる, 65, *KKベストセラーズ*, 2013.
- 4) 渡邊勉ほか：介護者の介護負担感に影響を及ぼす要因の検討, *静岡県理学療法士会学術誌, 静岡理学療法ジャーナル* (29) 29-32, 2014.
- 5) 山村江美子ほか：終末期在宅がん療養者を看取る決心をした家族への訪問看護師による家族看護実践, *せいいい看護学会誌*, 9(4), p1-4, 2013.
- 6) 内閣府：平成26年度版高齢社会白書 <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/26.pdf>. (2014年12月1日)
- 7) 鷲尾昌一ほか：家族介護者の介護負担に関連する要因, *臨床と研究*, 80(12)p75-79, 2012
- 8) 佐藤厚子ほか：介護サービス利用頻度と主介護者の介護負担感との関連性, *秋田看護福祉大学総合研究所 研究所報*, 3(7), 25-31, 2012.
- 9) 安田友子ほか：在宅死を可能にする家族支援の検討—遺族30例のアンケート調査より, 第28回日本看護学会集録, p41-44, 日本看護協会出版, 東京1997.

(Summary)

Caregivers' feelings until end-of-life care and support they require for care at home

Objective To conduct interviews with caregivers who attended a family member's death at home and clarify their feelings and the support they required in the process of providing care until end-of-life care

Method Subjects: Ten home caregivers who provided care until end-of-life care

Survey period: September 2014-February 2015

Survey method: Semi-structured interviews following an interview guide

Analysis method: We raised the level of abstraction after reading verbatim records thoroughly. Repeated discussions were performed on appropriate categorization and titling.

Ethical considerations Approval was obtained from the Otsu Municipal Hospital Medical Ethics Committee (Receipt No. 198).

Results Of 124 codes describing caregivers' thoughts and feelings, we extracted 18 subcategories and five additional categories: "determination to provide care at home until end-of-life care," "emotional ties with care receivers," "sense of security that they are not isolated," "correct understanding of medical conditions and control of symptoms," and "experience in end-of-life care."

Discussion "Determination to provide care at home until end-of-life care" and "emotional ties with care receivers" are related to family history as well as sentiments and emotions shared between care receivers and caregivers cultivated in the process of providing care. Support required by caregivers is expressed in the

categories "sense of security that they are not isolated" and "correct understanding of medical conditions and control of symptoms." "Experience in end-of-life care" is a factor that can influence caregivers' decisions about the selection of their own place of death based on emotions related to a past experience in deathwatch and support they actually received from support systems during at-home care. Therefore, supporters of further expansion of support desired by home caregivers include not only formal but also informal care, assistance to allow them time for outings and to rest at night, and enhanced support focused on quality of death (QOD) so that care receivers can receive gently care for a peaceful death. It is also important to secure time to ask about the true feelings of caregivers and family members to promote end-of-life care at home.

Conclusions From the thoughts of caregivers up to end-of-life care, the determination to provide home care and end-of-life care and the bonds that are formed are related, and the experience of end-of-life care leads to preparedness for the next end-of-life care and for one's own last moments. In addition, as support which is desired in home support, ample home support from both formal and informal supporters, so that care is given in peace of mind without the feeling of being alone, influences the experience of end-of-life care.

Key Words care at home, end-of-life care, caregivers, support at home

研究ノート

精神科看護におけるかかわり (involvement) 研修の開発と評価



牧野 耕次¹⁾、比嘉 勇人²⁾、甘佐 京子¹⁾、山下 真裕子³⁾、清水 康男⁴⁾

¹⁾滋賀県立大学人間看護学部

²⁾富山大学大学院医学薬学研究部

³⁾神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科

⁴⁾滋賀里病院

背景 精神科では、責任転嫁が激しい人格障害を持つ患者や統合失調症の陰性症状により主体性が乏しくなった患者らとかかわる機会があるため、看護師は両価的なinvolvementを半ば無意識的に技術として身につけてきた。そこで、精神科看護師のかかわりを技術として発展させる患者-看護師関係の枠組みが必要であると考えた。

目的 精神科看護におけるかかわり (involvement) の研修プログラムを開発し、精神科看護師に実施し評価する。

方法 精神科看護師 8 名に本研修プログラムを実施した。介入群 8 名および対照群 8 名に、かかわり (involvement) 関連尺度を用いて研修前後の各尺度平均得点を比較し、研修に対する意識調査も実施した。

結果 看護師版対患者Over-Involvement尺度 (以下Over-Involvement尺度) 総得点で増加がみられ、Over-Involvement尺度の下位尺度「きがかり」でも増加がみられ、看護師版対患者Under-Involvement尺度の下位尺度「非自己開示」で減少がみられた。また、対照群 8 名の各尺度得点をプログラム前後で比較した結果、Over-Involvement尺度総得点で減少がみられ、Over-Involvement尺度の下位尺度「きがかり」でも減少がみられた。研修に対する意識調査では、おおむね肯定的な評価が得られた一方で、研修の難易度の高さが指摘された。

結論 研修後に患者に対する関心が増し、研修前よりも自己開示を行うようになったことが示唆された。本研修の難易度を典型的な事例を用い理解しやすくする必要性が示唆された。かかわりについて理論的に理解でき、チームで精神科看護におけるかかわりを共有できたことが示唆された。

キーワード かかわり、involvement、研修、プログラム、精神科看護

I. 緒言

看護において、「かかわり」や「巻き込まれ」と訳されているinvolvementは、科学的客観性や職業倫理的観点から否定的な現象と理解されていた¹⁾。その一方で、患者の経験を理解し苦痛を軽減する上で、不可欠な要因として重視する看護理論家も多い²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾。精神科では、責任転嫁が激しい人格障害を持つ患者や統合失調症の陰性症状により主体性が乏しくなった患者らとかかわる機会があるため、看護師は両価的なinvolvementを半ば無意識的に技術として身につけてきた⁶⁾。看護において、両価的なinvolvementはその訳語と同じように、わが国では「かかわり」と「巻き込まれ」という全く別な概念として、分離して考えられがちである。患者と信頼関係を構築し、問題なく患者の退院につながれば「良いかか

The Development and Evaluation of a Training Program of "Involvement" in Psychiatric Nursing

Koji Makino¹⁾, Hayato Higa²⁾, Kyoko Amasa¹⁾,
Mayuko Yamashita³⁾, Yasuo Shimizu⁴⁾,

¹⁾School of Human Nursing The University of Shiga Prefecture

²⁾Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama

³⁾Kanagawa University of Human Service Faculty of Health & Social Services School of Nursing

⁴⁾Shigasato Hospital

2015年9月30日受付、2016年1月9日受理

連絡先：牧野 耕次

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

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

わり」として看護と認識されやすい。一方、患者との信頼関係の構築が上手くいかず「問題」が生じた場合、そのinvolvement（かかわり）は、巻き込まれすぎであるover-involvementや患者に近づけないunder-involvementなど、「巻き込まれ」に関する「個人的な問題」や「問題のあるかかわり」として認識されやすい。involvementは自分自身を道具（媒体）として活用し⁴⁾、看護師自身の性格や価値観、感情、対人能力などが関与するため、性格、センス、資質など、個人的な問題として扱われやすい。しかし、involvementに関する問題すべてを個人の問題に帰すると、学問的、教育的、専門職的発展が阻害される可能性がある。また、看護におけるinvolvement（かかわり）を「巻き込まれ」として、看護を振り返らず個人的な問題として扱うと、自分自身を責めることにもつながり、自尊心や職務満足⁵⁾の低下につながりやすい。また、看護におけるinvolvement（かかわり）の振り返りができないことで、患者やその家族、もしくはチームへの責任転嫁にもつながる可能性がある。

海外では、看護理論家らの評価と並行して、骨髄移植看護⁷⁾、がん看護⁸⁾⁹⁾、内科と外科病棟における看護¹⁰⁾¹¹⁾、CCU看護¹²⁾など様々な領域でinvolvementに関連した研究が行われている。さらに進んで、Bennerら¹³⁾は、看護におけるinvolvementを、熟練看護師が身につけているべきかかわりの技術と位置付けた。また、involvement（かかわり）の技術は、長期の経験の積み重ねが必要であると指摘し、「臨床教師（clinical faculty）」がコーチングにより指導していると述べている¹⁴⁾。しかし、involvement（かかわり）の技術を指導する内容は系統的、具体的には示されていない。

牧野らは、看護における「巻き込まれ」について、その現象を明らかにする一方で、「巻き込まれ」概念の肯定的側面を共有し、発展させることへの限界¹⁾¹⁵⁾から、看護におけるinvolvementに注目した。involvement概念に関する国外での評価を紹介し¹⁾、その概念の要素を様々な視点から提示し¹⁶⁾¹⁷⁾している。また、under-involvement及びover-involvementに関する評定尺度も作成している¹⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾。さらに、involvement概念を実践の振り返りの枠組みとした臨床看護師への研修の評価²¹⁾など、看護におけるinvolvementに関して継続的な研究を行っている。加えて、看護におけるinvolvementや「巻き込まれ」において非常に重要となる、自他の感情や責任などの「境界」についても、境界の技術的要素²²⁾やモデル²³⁾、境界調整技術の獲得過程²⁴⁾の提示など、継続的な研究を行っている。

「巻き込まれ」に関する問題は、看護におけるinvolvement（かかわり）の概念や技術が系統的、理論的に看護学教育に位置づけられていないことに起因していると推察される。看護師が個人的な問題として抱え込まずに、

技術として発展させる患者－看護師関係の枠組みが必要である。特に、精神科では、治療に不同意で、人格や自我の障害による激しい責任転嫁や主体性の欠如のある患者が入院しているため、involvementに関する問題が起こりやすく多様で専門性の高いかかわり（involvement）が要求される。そこで、本研究では、精神科看護におけるかかわり（involvement）研修プログラムを開発し、精神科看護師に実施しその効果を評価することを目的とする。

II. 方法

1. 精神科看護におけるかかわり（involvement）研修プログラムの開発

本研修プログラムは、involvement概念を実践の振り返りの枠組みとした臨床看護師への「看護におけるかかわり（involvement）研修」²¹⁾をベースとした。さらに、本研究グループおよび海外のinvolvement関連文献を参考に精神科看護における要素である「精神科看護におけるinvolvement（かかわり）の技術を習得してきたプロセス」²³⁾を追加し、新たに精神科の患者におけるinvolvementの事例を提示することで精神科看護におけるかかわり（involvement）研修プログラムを開発した。

2. 研修プログラム内容

研修期間は約6ヶ月間（平成25年4月～平成25年10月）で、月1回の間隔で計6回実施した。精神科看護におけるかかわり（involvement）研修プログラムの内容は以下のとおりである。

- 1) 第1回（面接）：主任研究者が、参加者の施設において、かかわりについての考え方、かかわりについて困っていること、かかわりをどのように修得してきたか、本研修に期待することなどについて、個人面接を行う。初回に個人面接を行うことにより、研修の対象者のニーズを把握し、プログラムに反映させる。面接は、1対1で約1時間とする。
- 2) 第2回（講義）：看護におけるかかわり（involvement）²¹⁾（表1）に関する講義を行う。
- 3) 第3回（グループワーク）：精神科看護におけるかかわり（involvement）に関する患者中心の事例を用いたグループワークを行う。
- 4) 第4回（グループワーク）：精神科看護におけるかかわり（involvement）の技術を習得してきたプロセスについて、共有するためのグループワークを行う。
- 5) 第5回（全体発表・共有）：本研修で学んだことや感想を全体で発表し、共有することで、まとめを行う。
- 6) 第6回（面接）：研修対象者がどのように本研修内

表1 看護における「かかわり（involvement）」に関する研修内容

-
1. 看護における「かかわり（involvement）」の前提
 - 1) 自分自身を媒体（道具）として用いる
 - 2) 「診療の補助と療養上の世話」は「かかわり」を通して行われている
 - 3) プロセスとして「かかわり」を考える
基本的に良い悪いという判断は避ける
 2. 看護を支えているもの
 - 1) プロフェッショナリズム
臨床現場で看護を守る外枠として機能⇒価値観の多様化、専門細分化などによる限界
 - 2) ケアリング
看護の中心概念として機能⇒巻き込まれやゆらぎの位置づけや概念化に関する限界
ケアリングできなかつたと思った時、自身の人間性を否定してしまう可能性
 - 3) 「かかわり（involvement）」の可能性
プロフェッショナリズムとケアリングの機能していた面を活かし限界を補う
 3. 看護における「かかわり（involvement）」の重要性
 - 1) プロフェッショナリズムとケアリングの長所を残しながら、限界を補う
 - 2) 24時間対象と向き合い「かかわり」を大切に、磨いてきた歴史がある
看護師は、「かかわり」ということに関しては、プロフェッショナルになれる
様々な役割や職業でどのように人とかかわればよいのかわからない人が増えてきた？
⇒看護の「かかわり（involvement）」の応用可能性
 - 3) 巻き込まれを振り返ることで自分を道具とした「かかわり」を磨くことができる
 - 4) 「かかわり（involvement）」の4視点が振り返りの視点となる
 - 5) 患者の主体性と看護師の専門性（主体性）が尊重される⇒相互主体的看護の可能性
 - 6) 複雑で多様な「かかわり」を比較的容易に言語化できる
 4. 看護における「かかわり（involvement）」の4視点
 - 1) 「経験の共有」：時間や場、行動を共有すること、また、患者との相互作用により患者の過去、現在の経験を感情、認知レベルで共有し、患者を知ること・自身の経験していることを患者に伝えること。
 - 2) 「感情の投資」：患者に対して感情や関心をむけること。
 - 3) 「絆の形成」：患者とのつながりを深めていくこと・つながりが深まるにつれて双方を身近に感じ、信頼感が深まる・その看護師が身近に感じる感覚は、その患者との関係性やイメージの仕方により、友人であったり、家族のメンバーであったりするなど異なる。
 - 4) 「境界の調整」：患者との対応の中で専門的技術を提供して職業的境界の範囲を意識的無意識的に取り決め、その責任を負うこと・それに応じて、患者の家族やチームに対しても専門職性を発揮して、その職業的境界を取り決め、責任を負うこと。
 5. 看護における「かかわり（involvement）」の統合
 - 4視点から振り返り⇒4視点の具体的な関連性⇒統合させて次回に「かかわり」を行う
-

容を理解してきたのか確認し、強化、修正などを行う。そうすることで、本研修によるかかわり (involvement) の概念と技術を参加者の経験の中に位置付け、今後の実践において活用できるよう援助する。

3. 対象者

関西圏にある私立精神科病院の看護部に本研究の概要を説明し、研修の参加者を募集した。本研究および本研究における研修内容に関する説明に口頭と文書により同意し、すべての研修に参加することができた看護師 8 名と対照群 8 名の計 16 名を本研究の対象者とした。

4. 精神科看護におけるかかわり (involvement) 研修プログラムの評価

1) データ収集

(1) 研修プログラム前後の尺度得点

研修プログラム実施前および実施後に、研修参加者 8 名および対照群 8 名に対して、involvement (かかわり) に関連することが想定される看護師版対患者 Over-Involvement 尺度 (以下 Over-Involvement 尺度)¹⁹⁾、看護師版対患者 Under-Involvement 尺度 (Under-Involvement 尺度)²⁰⁾、スピリチュアリティ評価尺度 (SRS-A)²⁵⁾ を用いた自記式質問紙調査を実施した。

(2) 研修に対する意識

研修後に、研修内容の充実度および難易度、かかわりを考える上でどの程度役立ったか、どの程度活用しようと思うか、本研修プログラムへの参加を他の精神科看護師にどの程度勧めるかなどを 4 件で自記式質問紙調査を実施した。また、自記式質問紙には、本研修プログラムに関する自由記載の欄も加えた。

2) データ分析

(1) 研修プログラム前後の質問紙調査

本研究では、研修プログラムに参加した 8 名および対照群 8 名と少数であったため、記述統計的に群ごとにプログラム前後の各尺度得点の平均値を対応のある t 検定 ($p < .10$) を用いて比較した。

(2) 研修に対する意識調査

研修終了後、研修内容の充実度および難易度、かかわりを考える上でどの程度役立ったか、どの程度活用しようと思うか、本研修プログラムへの参加を他の精神科看護師にどの程度勧めるかなどを自記式質問紙調査については、単純集計を行った。また、本研修全体に関する自由記載は記述が少なかつたため、そのまま結果に掲載した。

4. 倫理的配慮

参加者は、研修における課題はできる範囲で構わず、避けてもかまわないこと、それによって、何ら不利益を被ることはない旨を事前に伝えた。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を保障した。研究者相互間でのデータのやり取り、保管にあたっては、個人を特定できないようにして取り扱うなど、安全管理の徹底を図った。また、発表等で、データを引用する場合などにも、個人を特定できないよう個人名や施設名等の固有名詞は記号化することで、匿名性を保護することを伝えた。また、研究終了後、個人情報を含むデータは、消去または裁断処理により廃棄し、適正に処分することも伝えた。本研究は、滋賀県立大学の研究に関する倫理審査委員会による承認 (第 318 号) を受けた。

III. 結果

1. 対象者の属性

対象者 16 名の年齢は、平均年齢が 41.0 ± 9.9 歳、精神科経験年数が 11.6 ± 8.4 年であった。

表 2 研修参加者における各尺度の統計量

| | 平均値 | N | 標準偏差 | 平均値の標準誤差 |
|--------|-------|---|-------|----------|
| OIS前 | 27.50 | 8 | 7.746 | 2.739 |
| OIS後 | 32.38 | 8 | 8.158 | 2.884 |
| 残心感前 | 7.50 | 8 | 1.927 | 0.681 |
| 残心感後 | 8.88 | 8 | 2.850 | 1.008 |
| 被影響前 | 12.75 | 8 | 3.240 | 1.146 |
| 被影響後 | 14.38 | 8 | 3.701 | 1.308 |
| 気がかり前 | 7.25 | 8 | 3.105 | 1.098 |
| 気がかり後 | 9.13 | 8 | 2.475 | 0.875 |
| UIS前 | 32.88 | 8 | 5.111 | 1.807 |
| UIS後 | 31.38 | 8 | 6.823 | 2.412 |
| 非自己開示前 | 13.13 | 8 | 3.137 | 1.109 |
| 非自己開示後 | 11.00 | 8 | 3.295 | 1.165 |
| 不関与前 | 8.13 | 8 | 1.126 | 0.398 |
| 不関与後 | 9.13 | 8 | 2.232 | 0.789 |
| 固定的関係前 | 11.63 | 8 | 2.615 | 0.925 |
| 固定的関係後 | 11.25 | 8 | 2.121 | 0.750 |
| SRS前 | 37.63 | 8 | 5.423 | 1.917 |
| SRS後 | 39.13 | 8 | 5.410 | 1.913 |

表3 研修参加者における研修プログラム前後の尺度平均得点の比較

| | 対応サンプルの差 | | | t 値 | 自由度 | 有意確率 (両側) |
|-------------------|----------|-------|----------|--------|-----|--------------|
| | 平均値 | 標準偏差 | 平均値の標準誤差 | | | |
| OIS前-OIS後 | -4.875 | 6.937 | 2.453 | -1.988 | 7 | 0.087 |
| 残心感前-残心感後 | -1.375 | 2.134 | 0.754 | -1.823 | 7 | 0.111 |
| 被影響性前-被影響性後 | -1.625 | 3.583 | 1.267 | -1.283 | 7 | 0.240 |
| 気がかり前-気がかり後 | -1.875 | 2.232 | 0.789 | -2.376 | 7 | 0.049 |
| UIS前-UIS後 | 1.500 | 4.375 | 1.547 | 0.970 | 7 | 0.365 |
| 非自己開示前-非自己開示後 | 2.125 | 2.295 | 0.811 | 2.619 | 7 | 0.034 |
| 不関与前-不関与後 | -1.000 | 2.507 | 0.886 | -1.128 | 7 | 0.296 |
| 固定的関係前-固定的関係後 | 0.375 | 1.685 | 0.596 | 0.629 | 7 | 0.549 |
| SRS 1 合 - SRS 2 合 | -1.500 | 3.928 | 1.389 | -1.080 | 7 | 0.316 |

2. データ分析結果

1) 研修プログラム前後の質問紙調査

研修に参加した8名の各尺度得点をプログラム前後で比較した結果、Over-Involvement尺度の総得点で増加（平均値の差-4.875, SD=6.937, $t=-1.988$, $p=0.087$ ）

表4 対照群における各尺度の統計量

| | 平均値 | N | 標準偏差 | 平均値の標準誤差 |
|--------|-------|---|-------|----------|
| OIS前 | 35.63 | 8 | 8.141 | 2.878 |
| OIS後 | 33.38 | 8 | 8.991 | 3.179 |
| 残心感前 | 10.38 | 8 | 2.722 | 0.962 |
| 残心感後 | 10.00 | 8 | 3.162 | 1.118 |
| 被影響前 | 15.38 | 8 | 3.815 | 1.349 |
| 被影響後 | 15.00 | 8 | 3.381 | 1.195 |
| 気がかり前 | 9.88 | 8 | 2.100 | 0.743 |
| 気がかり後 | 8.38 | 8 | 2.774 | 0.981 |
| UIS前 | 32.38 | 8 | 3.739 | 1.322 |
| UIS後 | 31.38 | 8 | 3.378 | 1.194 |
| 非自己開示前 | 12.88 | 8 | 1.808 | 0.639 |
| 非自己開示後 | 12.63 | 8 | 1.598 | 0.565 |
| 不関与前 | 8.38 | 8 | 1.061 | 0.375 |
| 不関与後 | 8.13 | 8 | 1.808 | 0.639 |
| 固定的関係前 | 11.13 | 8 | 2.295 | 0.811 |
| 固定的関係後 | 10.63 | 8 | 1.768 | 0.625 |
| SRS前 | 38.63 | 8 | 5.502 | 1.945 |
| SRS後 | 40.13 | 8 | 4.883 | 1.726 |

がみられ、Over-Involvement尺度の下位尺度「きがかり」でも増加（平均値の差-1.875, SD=2.232, $t=-2.376$, $p=0.049$ ）がみられた。さらに、Under-Involvement尺度の下位尺度「非自己開示」で減少（平均値の差2.125, SD=2.295, $t=2.619$, $p=0.034$ ）がみられた（表2および表3）。

対照群8名の各尺度得点をプログラム前後と同時期で比較した結果、Over-Involvement尺度の総得点で減少（平均値の差2.250, SD=3.327, $t=1.913$, $p=0.097$ ）がみられ、Over-Involvement尺度の下位尺度「きがかり」でも減

少（平均値の差1.500, SD=1.604, $t=2.646$, $p=0.033$ ）がみられた（表4および表5）。

2) 研修に対する意識調査

本研修プログラムの内容の充実度については、8名中6名が「まあまあ充実していた」、2名が「とても充実していた」と回答していた。本研修プログラムの難易度については、「とても難しかった」が1名、「まあまあ難しかった」が7名であった。自身のかかわりを考える上で、1名が「あまり役立たなかった」、2名が「まあまあ役立った」、5名が「とても役立った」と回答していた。また、本研修プログラムで学習したことを「まあまあ活用しようと思う」が4名、「とても活用しようと思う」が4名であった。さらに、他の精神科看護師に本研修プログラムへの参加を勧めるかどうかについては、5名が「まあまあ勧める」、3名が「とても勧める」と回答した。

自由記載については、「理論的にかかわりを学んだことがなく今まで大変だったので、難しかったけど勉強になった」「かかわりについてのグループワークで、他の看護師がどのように考えているのか共有したことがなかったので、どのように考えてどのようにかかわるのかわることができてよかった」などの意見が見られた。

IV. 考察

1. 研修プログラム前後の質問紙調査

本研修プログラム前後の尺度得点の比較では、Over-Involvement尺度の総得点とOver-Involvement尺度の下位尺度「きがかり」で増加がみられた。結果からは、患者に対する「気がかり」が増加し、over-involvementの傾向が増加した可能性が考えられる。しかし、対象者に

表5 対照群における研修プログラム前後の各尺度平均得点の比較

| | 対応サンプルの差 | | | t 値 | 自由度 | 有意確率 (両側) |
|-------------------|----------|-------|----------|--------|-----|--------------|
| | 平均値 | 標準偏差 | 平均値の標準誤差 | | | |
| OIS前-OIS後 | 2.250 | 3.327 | 1.176 | 1.913 | 7 | 0.097 |
| 残心感前-残心感後 | 0.375 | 1.188 | 0.420 | 0.893 | 7 | 0.402 |
| 被影響性前-被影響性後 | 0.375 | 1.685 | 0.596 | 0.629 | 7 | 0.549 |
| 気がかり前-気がかり後 | 1.500 | 1.604 | 0.567 | 2.646 | 7 | 0.033 |
| UIS前-UIS後 | 1.000 | 4.472 | 1.581 | 0.632 | 7 | 0.547 |
| 非自己開示前-非自己開示後 | 0.250 | 1.909 | 0.675 | 0.370 | 7 | 0.722 |
| 不関与前-不関与後 | 0.250 | 2.375 | 0.840 | 0.298 | 7 | 0.775 |
| 固定的関係前-固定的関係後 | 0.500 | 3.162 | 1.118 | 0.447 | 7 | 0.668 |
| SRS 1 合 - SRS 2 合 | -1.500 | 6.459 | 2.283 | -0.657 | 7 | 0.532 |

における研修前のOver-Involvement尺度の総得点平均は27.50 (SD=7.746) であるのに対して、対照群における研修前の同時期の平均は35.63 (SD=8.141) と、研修前から対象者が低得点であったことがわかる。また、対象者における研修後のOver-Involvement尺度の総得点平均が32.38 (SD=8.158) であるのに対して、対照群における研修後の同時期の平均は33.38 (SD=8.991) と同程度の平均得点となっている。対照群では、Over-Involvement尺度の総得点とOver-Involvement尺度の下位尺度「きがかり」で減少がみられているが、対象者と対照群における上記の研修後の平均得点は同程度である。したがって、研修により対象者の患者に対する「気がかり」が増加し、over-involvement傾向を示したと考えるよりも、患者に対して低かった「気がかり」が対照群と同程度になり、患者に対する関心が増したことが考えられる。さらに、対象者におけるUnder-Involvement尺度の下位尺度である「非自己開示」が研修後に平均得点が減少したことから、自己を開示しない傾向が減少したことがわかる。言い換えると、対象者が研修前よりも自己開示を行うようになってきていると考えられる。ワトソン⁴⁾は、看護を個人的なかわりを含むものでありトランスパーソナルなものとして捉えているが、その看護におけるトランスパーソナルなケアの技(アート)について、患者への関心や感情表現を用いて次のように述べている。「技(アート)としての看護と、ケアという活動とが成立する基盤こそ、他人の感情表現を受容し、自分のために経験できる人間の能力に他ならない。」看護師が「ケアの感情(フィーリング)や関心を抱いている『自分』と相手をつなげる対象と一緒に、具体的なサイン(記号や合図)を使って、そのような感情(フィーリング)を表現する。」一読すると自分自身に対する関心のようにも

読めるが、彼女が、関心の持ち方について看護師が「個人としてかわる場合は、自身の『自分(というもの)』から離れて相手の『自分』へ向けられるという形になる」と述べていることから、「患者への」関心であることがわかる。すなわち、ワトソンは、看護におけるかわりの中で、関心を自分自身から患者へ向け、自身の感情を自己開示(感情表現)すると説明している。本研修を受講した対象者が、より患者に関心に向け自己開示を行うようになったが、それはワトソンが述べる看護におけるかわりが行えるようになってきことを示唆している。

本研究においては、対象者の「気がかり」の平均得点は、対象群の平均値と同程度であり、患者への関心が増すことで患者への「気がかり」が増大するまでには至っていない。これは、患者への関心が増し自己開示を行っても、患者との境界が調整できていることが考えられる。対照群で、Over-Involvement尺度の総得点とOver-Involvement尺度の下位尺度「きがかり」で減少がみられているため、対象者と対照群が各8名と少数であり対象者および対象群の個々の得点傾向が影響していることが考えられる。今後対象者と対照群の人数を増やして、本研修プログラムの効果を検討する必要がある。また、Over-Involvement尺度の尺度としての安定性に問題がある可能性も原因として排除できないため、今後Over-Involvement尺度について安定性を確認し、不安定であれば精練していく必要がある。

2. 研修に対する意識調査

研修に対する意識については、かわりを考える上でどの程度役立ったか、どの程度活用しようと思うか、本研修プログラムへの参加を他の精神科看護師にどの程度勧めるかについては、おおむね肯定的な評価が得られた。しかし、1名が「あまり役立たなかった」と答えており、全員が難易度の高さを指摘し、1名が「とても難しかった」と回答していることから、今後の課題であると考えられる。難易度を考慮して事例を用いたが、今後、研究等を行うことで典型的な事例を収集し、分析することで対象者が容易に理解できる事例を提示していく必要がある。また、事例を用いることで現象や概念について、固定的なイメージを与えては、系統的、理論的に看護におけるかわりを理解する妨げになるため注意が必要である。一方で、看護におけるかわり(involvement)は、

ワトソンも述べている通り個人的な要素が大きいことや、基礎看護教育において、かかわり (involvement) について系統的に学習していないことも難易度が高く感じられた原因と考えられる。臨床において、現象に対応している臨床の看護師にとっては、いきなり理論的に理解することには抵抗も感じられたかもしれない。その点を考慮して、面接を初回に持ってきたがそのギャップを埋めるには限界があったと考えられる。

プログラム全体に対する自由記載では、本研究の意義でもある精神科看護におけるかかわりについて理論的に理解することを示唆するような意見もみられている。また、チームで精神科看護におけるかかわりを共有することの重要性を示唆するような意見もみられている。したがって、今後も、今回の研究を活用して研修内容を吟味しながら、本研修を行っていくことが重要であると考えられる。

3. 看護におけるかかわり (involvement) の系統的教育的必要性

本研修プログラムは、involvement概念を実践の振り返りの枠組みとした臨床看護師への「看護におけるかかわり (involvement) 研修」²¹⁾をベースとした。さらに、本研究グループおよび海外のinvolvement関連文献を参考に精神科看護における要素である「精神科看護におけるinvolvement (かかわり) の技術を習得してきたプロセス」を追加し、新たに精神科の患者におけるinvolvementの事例を提示することで精神科看護におけるかかわり (involvement) 研修プログラムを開発した。総合病院の看護師を対象とした研修では、over-involvementの傾向をより強く示す対象者に対して、選択的にその傾向を緩和する可能性が示唆された。また、患者との心理的距離を近づけることがより難しい対象者に関して、患者の内的世界にかかわろうとしない傾向が緩和されたことが示唆された²¹⁾。さらに、患者との心理的距離を近づけることに、より困難を覚えていない対象者について、患者の内的世界にかかわり過ぎる傾向が緩和されたことが示唆された²¹⁾。今回の精神科の看護師を対象とした研修では、患者に対する関心が増したことが示唆された。また、対象者が研修前よりも自己開示を行うようになったことが示唆された。対象者、研修内容、研修時間などが異なるため、厳密な比較はできないが、どちらの研修においても、患者とのかかわり (involvement) において良好な結果が示唆されている。両研修の対象者は、看護におけるかかわり (involvement) の系統的教育的を受けていないため、看護におけるかかわり (involvement) を習得していく上で困難を覚え、自己流でその技術を習得していくことになりやすいと考えられる。両研修で良好な結果が得られたということで、看護におけるかかわり

(involvement) の系統的教育的教育が望まれる。

4. 本研究の限界

本研究の対象者は16名で研修参加者は8名 (対照群8名) と少数であり、一般化するには限界がある。今後、本研究結果によりプログラムを精練し、対象者を増やして研究を行っていく必要がある。

V. 結 語

精神科看護におけるかかわり (involvement) の研修プログラムを開発し、精神科看護師に実施しその効果を評価することを目的に、関西圏にある私立精神科病院の看護師8名の看護師に半年間で6回の研修を行った。involvement関連尺度を用いて、研修プログラム前後の得点の比較と研修の意識調査を行った結果以下のことが明らかになった。

1. 研修後に対象者の患者に対して低かった「気がかり」が対照群と同程度になり、患者に対する関心が増したことが示唆された。
2. 対象者が研修前よりも自己開示を行うようになったことが示唆された。
3. 本研修の難易度を典型的な事例を用いることで理解しやすくする必要性が示唆された。
4. 精神科看護におけるかかわりについて理論的に理解できたことや、チームで精神科看護におけるかかわりを共有できたことが示唆された。

謝 辞

本研究に協力してくださった皆様に深謝申し上げます。なお、本研究は平成24年度科学研究費補助金基盤研究(C) (課題番号: 24593500) を受けて行った研究の一部である。

文 献

- 1) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 松本行弘: 看護におけるinvolvementの概念. 人間看護学研究, 1, 51-59, 2004.
- 2) Peplau, H. E. (著) Professional Closeness... as a special kind of involvement with a patient, client, or family group. Nursing Forum, 8 (4), 342-360, 専門職業人としての《したしみ》患者やその家族との特殊なかかわりあり. 総合看護, 5 (3), 66-81, 1970.
- 3) Travelbee, J. (著), 長谷川浩, 藤枝知子 (訳): 人間対人間の看護, 215-218, 1974, 医学書院.

- 4) Watson, J. (著), 稲岡文昭、稲岡光子 (訳): ワトソン看護論 人間科学とヒューマンケア, 84-99, 1992, 医学書院.
- 5) Benner, P. & Wrubel, J. (著), 難波卓訳: 現象学的人間論と看護, 1999, 医学書院.
- 6) 牧野耕次: 精神科看護における看護師の「巻き込まれ」体験の構成要素とその関連要因, 人間看護学研究, 2, 41-51, 2005.
- 7) Artinian, B. M.: Personal involvement with critically ill patients. *California Nurse*, January, 78(7), 4-5, 1983.
- 8) Artinian, B. M.: Risking involvement with cancer patients. *Western Journal of Nursing Research*, 17(3), 292-304, 1995.
- 9) Turner, M.: Involvement or over-involvement? Using grounded theory to explore the complexities of nurse-patient relationships. *European Journal of Oncology Nursing*, 3(3), 153-160, 1999.
- 10) May, C.: Affective neutrality and involvement in nurse-patient relationships: perceptions of appropriate behaviour among nurses in acute medical and surgical wards. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 552-558, 1991.
- 11) Ramos, M. C.: The nurse-patient relationship: theme and variations. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 496-506, 1992.
- 12) Field, D.: 'We didn't want him to die on his own'--nurses' accounts of nursing dying patients. *Journal of Advanced Nursing*, 9(1), 59-70, 1984.
- 13) Benner, P. & Gordon, S.: *Caregiving*, 40-55, 1996, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- 14) Benner, P., Sutphen, M. & Leonard, V. (著), 早野ZITO真佐子 (訳): ベナー ナースを育てる, 262-276, 2011, 医学書院.
- 15) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 山下真裕子, 松本行弘: 看護における「巻き込まれ」の概念分析: Rodgersの革新的概念分析法を用いて, 人間看護学研究, 13, 71-79, 2015.
- 16) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 松本行弘: 精神看護実習において看護学生に生じたinvolvementの概念分析とその多軸評定の作成, 人間看護学研究, 4, 13-22, 2006.
- 17) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 松本行弘: 看護におけるinvolvement概念の構成要素に関する文献研究, 人間看護学研究, 3, 103-110, 2006.
- 18) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 松本行弘: 看護におけるinvolvement尺度原案作成に関する研究, 人間看護学研究, 5, 97-105, 2007.
- 19) 牧野耕次, 比嘉勇人, 池崎潤子, 甘佐京子, 松本行弘: 看護師版対患者Over-Involvement尺度の開発と信頼性・妥当性の検討, 人間看護研究, 7, 1-8, 2009.
- 20) 牧野耕次, 比嘉勇人, 池崎潤子, 甘佐京子, 松本行弘: 看護師版対患者Under-Involvement尺度の開発と信頼性・妥当性の検討, 人間看護研究, 8, 1-8, 2010.
- 21) 牧野耕次, 比嘉勇人, 山本佳代子, 甘佐京子, 山下真裕子, 松本行弘: 看護におけるかかわり(involvement)研修の評価, 人間看護研究, 10, 101-108, 2012.
- 22) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子他: 精神科看護師による境界の調整に関する技術的要素, 人間看護学研究, 9, 117-125, 2011.
- 23) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 山下真裕子, 松本行弘: 総合病院勤務の看護師における境界の調整モデルの抽出, 人間看護研究, 11, 21-30, 2013.
- 24) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 山下真裕子, 牧原加奈: 精神科看護における境界の調整技術の獲得過程, 人間看護研究, 12, 1-8, 2014.
- 25) 比嘉勇人: spirituality評定尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討, 日本看護学会誌, 22(3), 29-38, 2002.

研究ノート

新人看護職員研修をサポートする プリセプター支援者または教育担当者に 関する研究の文献検討



馬場さゆり¹⁾, 窪田 好恵²⁾, 伊丹 君和²⁾

¹⁾滋賀県立大学大学院人間看護学研究科 人間看護学専攻修士課程

²⁾滋賀県立大学 人間看護学部

背景 新人看護師の中には、就職後リアリティショックを受けるものや現場についていけないため離職する者がいる。その対策として多くの病院でプリセプターシップが導入されたが、新人看護師の離職率に変化はなく、プリセプターの負担は増大していた。そこで厚生労働省は、2010年に新人看護職員研修制度を努力義務化し、新たに新人看護師とプリセプターを支援する教育担当者という役割が設けられた。

目的 新人看護職員研修をサポートするプリセプター支援者および教育担当者に関する研究の動向を分析することで、今後の教育担当者の役割遂行に関する研究の方向性を検討する。

方法 医学中央雑誌 (web版version 5) で検索可能な2005年～2015年までの文献の中から、「教育担当者」and「新人看護師研修」、「プリセプター支援者」、「プリセプター」and「サポーター」の組み合わせで検索を実施し、内容を分析した。

結果 1) 抽出された文献は10件で、新人看護師を指導するプリセプター支援者、教育担当者に関する研究は少なかった。

2) 10件の文献を内容別に分析した結果、(1) プリセプター支援者または教育担当者の活動を困難にする要因 (2) プリセプター支援者または教育担当者の資質・能力 (3) プリセプター支援者の役割を学習するプロセスの3項目に分類でき、項目別に内容の検討を実施した。

3) (1) から (3) についての内容を検討した結果、教育担当者の背景および活動の困難さを明らかにすることで、教育担当者の育成や支援体制に関する示唆が得られると考えられた。また支援体制の確立のために、病院規模別の教育担当者への支援に関する研究が必要であることが明らかになった。

結論 教育担当者の背景および活動の困難さと教育担当者への支援に関して、病院規模別の研究は検索されず、今後の支援体制の確立のために研究を行っていく必要がある。

キーワード 新人看護師、プリセプター支援者、教育担当者

An Overview of support preceptor and education person to support the new graduate nurse training

Sayuri Baba¹⁾, Yoshie Kubota²⁾, Kimiwa Itami³⁾

¹⁾Hikone municipal hospital

²⁾The university of shiga prefecture Human nursing

2015年9月30日受付、2016年1月9日受理

連絡先：馬場さゆり

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail : sayuri1212@live.jp

I. 緒 言

近年、急速な少子高齢化の進展、医療の高度化や国民のニーズの変化に伴い、患者の視点に立った質の高い看護の提供が求められている¹⁾。看護基礎教育では、患者の権利意識の向上や医療安全への問題から、実習経験が制限され、基礎教育の中で看護技術を学ぶことは困難な現状がある²⁾。そのため、卒業時に一人で実施できる看護技術が少なく、就職後も自信がもてないまま不安な中で業務を行うものが多い。また新人看護師の中には、リアリティショックを受ける者や現場についていけないため離職する者もいる³⁾。リアリティショックとは、実際の職場で仕事をはじめ、予期しなかった苦痛や不快さ

を伴う、身体的、心理的、社会的なショック症状のことである。

そのような中、新人看護師のリアルティショックを緩和し、早期の職場適応を目的としたプリセプターシップが、広く導入され定着してきている。プリセプターシップは、1960年代に米国において開発され、日本では1987年聖路加国際病院が新人オリエンテーションの方法として導入したのが最初といわれている⁴⁾。しかし、海外では新人看護師の指導体制としてではなく、看護学生や大学院生が取り組む実習の指導体制として多く用いられている⁵⁾。

一方、日本では多くの病院でプリセプターシップが導入されたが、新人看護師の離職率に変化はなくプリセプターの負担は増大していた。そこで、厚生労働省は2009年12月に新人看護職員研修ガイドライン⁶⁾を公表した。2010年4月より、新人看護職員研修制度が努力義務化され、新たに新人看護師とプリセプターを支援する教育担当者という役割が設けられた。教育担当者は、新人看護師が所属する部署で教育を中心に行う者であり、新人看護師へ直接指導を中心に行うプリセプターと、全体の教育の責任を担う研修責任者の間の役割となった。その後、2013年11月より、新人看護職員研修ガイドラインの見直しに関する検討会が開催され、医療機関内で教育担当者を育成することの難しさや、育成された人材の昇格や離職などによる人材不足が明らかになった。そこで、「教育担当者研修は、自施設で行うほか、他施設との共同開催や外部組織の活用、都道府県や関係団体などが実施する研修を活用することが有効であり、さらに他施設の研修プログラム企画・運営組織の活動に参加することによる研修を取り入れる⁷⁾。」とガイドラインの修正がされた。

そこで今回、新人看護職員研修において重要な役割であるプリセプター支援者および教育担当者に焦点をあて、先行研究の文献レビューを行い、今後の教育担当者の役割遂行に関する研究の方向性を検討する。

II. 研究方法

1) 文献検索方法

新人看護職員研修をサポートするプリセプター支援者または教育担当者に関する過去10年間の日本国内で発表された原著論文を対象とした。研究論文の検索は、医学中央雑誌 (web版version 5) を用いて、下記の組み合わせで検索を行い、症例報告・会議録を除く抄録つきの原著論文を条件とし、研究内容に該当した文献を使用した。「教育担当者」and「新人看護師研修」5件検索し、2件は、新人看護師研修に関する論文であったため除外した。「プリセプター支援者」4件、「プリセプター」

and「サポーター」では5件検索したが、3件はプリセプターに関する論文であったため除外した。また、海外ではプリセプターシップを新人看護師の指導体制としてではなく、看護学生や大学院生が取り組む実習の指導体制として用いられているため該当文献はなかった。

用語の定義

プリセプター：新人看護職員研修ガイドラインでは、実地指導者と呼ばれている。臨床の職場教育 (OJT: On-the-Job Training) の中で新人看護師を直接指導し、評価を行う者とする。

プリセプターシップ：1人のプリセプターがある一定期間、1人の新人看護師を担当し、意図的、段階的、系統的な指導を行い、新人看護師の能力育成を図ることとする。

プリセプター支援者：以前は、プリセプターを支援する役割に統一した名称はなかった。各施設で「プリセプター支援者」「サポーター」などと呼ばれていた。2010年4月より、新人看護師の研修制度が努力義務化となり、新たに教育担当者という名称に統一された。本研究では、新人看護職員研修制度前は、プリセプター支援者と呼ぶことにする。

教育担当者：新人看護職員研修ガイドラインでは、看護部門の教育方針に基づき、各部署で実施される新人看護職員研修の企画、運営を中心に行う者であり、プリセプターへの助言及び指導、また新人看護師への指導、評価も行う者とする。

2) 分析方法

抽出された10件の文献を、発行年、論文の内容により分類した。内容に関しては、研究目的、研究方法、結果、考察から帰納的に分類・検討し、新人看護職員研修をサポートするプリセプター支援者または教育担当者に関する研究内容からみえる今後の研究課題を展望した。

III. 研究結果および考察

1) 年代別総数と原著論文の推移

「新人看護師研修」「プリセプターシップ」「プリセプター支援者」「サポーター」に関する研究は、2005年～2009年までで5件、「教育担当者」「新人看護師研修」に関する研究は、2012年～2015年5件となっている (図1)。

2005年から2009年までは、「プリセプター支援者」「サポーター」という名称でプリセプター支援者の研究がされている。厚生労働省の新人看護職員研修ガイドライン公表前であり、役割として各施設により活動内容や名称は様々な現状があった。2010年に新人看護職員研修ガイドライン公表後は、名称が「教育担当者」へ統一されたため、教育担当者に関する研究が見られた。しかし、新

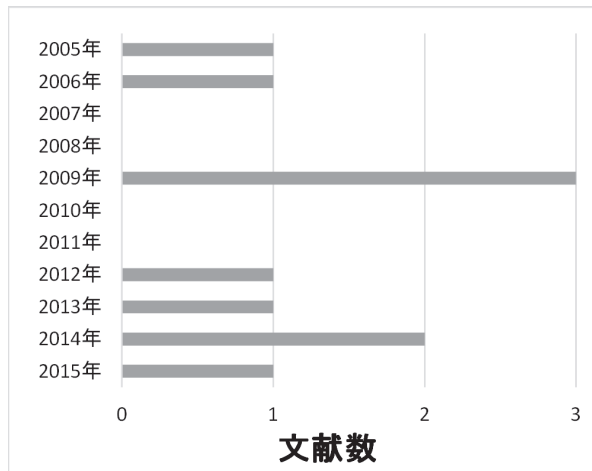


図1 プリセプター支援者または教育担当者の文献件数の推移 (n=10)

人看護職員研修が努力義務化後、5年経過するが「教育担当者」に関する研究は少ない。

2) 内容別に分類した研究の動向

今回、分析対象とした「教育担当者」および以前の名称である「プリセプター支援者」両者に関する文献検索から得られた看護の原著論文10件について、目的、内容別に分析した。その結果、「プリセプター支援者または教育担当者の活動を困難にする要因」「プリセプター支援者または教育担当者の資質・能力」「プリセプター支援者の役割を学習するプロセス」の3項目に分類できた(表1)。次に、内容別に分類した研究の動向について示す。

(1) プリセプター支援者または教育担当者の活動を困難にする要因

新人看護職員研修をサポートするプリセプター支援者または教育担当者の活動を困難にする要因に関する研究は、4件であった。板垣⁸⁾は、サポーター

が役割を遂行する上で困難と感じる事柄とその要因について、半構成的面接を用いて17のカテゴリーを抽出し、そのカテゴリーの示す現象から、「組織としての役割遂行の準備」「プリセプターシップを支える人的環境」「自身のサポーター機能に不全感を抱く」「個別に応じた対応」「プリセプターの困難を感じ悩む」「新人看護師の困難を感じて悩むという困難を抱えている」を見出した。また、プリセプターへの支援として、支援体制の充実、プリセプター支援者の役割と行動基準の明確化が必要であると述べている。

嶋澤ら⁹⁾は、教育担当者の活動と活動を困難にする要素について、九州、中国、東海地方の3県で教育担当者研修に参加した195名を対象に、質問紙調査を実施している。その結果、教育担当者として困ることとして、「新人・実地指導者への支援」「計画の評価」「管理者との連携」が抽出されている。その要素として、「巻き込み自体」「スタッフ個々の教育能力・認識不足」「研修を支えるシステムの整備不足」が示された。この研究では、自由記載を中心に、プリセプター支援の活動を困難にする要素が分析されている。調査対象とした教育担当者の背景は様々であるが、背景と困難にする要素との関連は分析されていない。

稲垣¹⁰⁾は、教育担当者と実地指導者への研修を実施し、振り返り記録から「役割葛藤」「指導に関する混乱」「受容的な態度」という3つの課題を抽出している。

また、柴原¹¹⁾は、教育担当者が感じる困難について、4名への半構成的面接から、「スタッフと共通理解し新人の教育を進められない」「新人を教育する環境がよくないと感じる」「新人に何をどこまでどのように教えるのか難しい」「自分より年上の人への対応が難しい」「教育担当者として負担がある」「新人を指導するスタッフが育たない」「新人を指導するスタッフに負担がある」「教育体制をうまく変えられない」「教育担当者の役割を行うことに迷いがある」「新人が成長しない」「教育担当者が相談する場が不足している」「教育担当者として新人の理解が難しい」「プリセプターの負担が大きい」「集合研修が役立っていない」という14のカテゴリーを抽出している。更にそのカテゴリーを分析し、教育担当者が感じる困難について、「スタッフへの助言」「指導の際に感じている困難」「新人看護師に直接指導するときを感じる困難」「教育担当者に対する支援不足」「教育担当者の役割を行う上でのジレンマ」「職場風土に感じている困難」の5つに分類した。今回の研究対象は、首都圏の300床前後の総合病院

表1 プリセプター支援者または教育担当者に関する研究の内容と年代別の推移 (n=10)

| 年代 | プリセプター支援者または教育担当者の活動を困難にする要因 | プリセプター支援者または教育担当者の資質・能力 | プリセプター支援者の役割を学習するプロセス |
|-------|------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| 2005年 | | 1 | |
| 2006年 | | 1 | |
| 2007年 | | | |
| 2008年 | | | |
| 2009年 | 1 | 2 | |
| 2010年 | | | |
| 2011年 | | | |
| 2012年 | | 1 | |
| 2013年 | 1 | | |
| 2014年 | 1 | | 1 |
| 2015年 | 1 | | |
| 合計 | 4 | 5 | 1 |

の教育担当者である。調査対象が一施設であり、施設の特徴が結果に反映している恐れがあると考えられる。

以上、新人看護職員研修をサポートするプリセプター支援者または教育担当者の活動を困難にする要因の研究に関しては、新人看護職員研修の努力義務化前後とも少ない現状がある。プリセプター支援者の活動を困難にする要因についても様々な対象に対して調査が行われているが、プリセプター支援者または教育担当者の背景による違いは明らかにされていない。

一方、病院規模別の2013年離職率データ¹²⁾によると、新人看護師の離職率は全体では7.5%であるが、病床規模が大きい程低下し、500床以上の施設で6.9% (2013) となっている。また、500床未満の施設では、離職率は増加していた。この理由として、大規模な病院では教育研修体制が比較的整備されている一方、中小病院では整備が困難なところもあり、それが病床規模別の新人看護師の離職率に表れているといわれている¹³⁾。新人看護師を指導するプリセプターはもちろん、プリセプター支援者または教育担当者も困難さを感じているのではないかと考えるが、病院規模別のプリセプター支援に関する研究はなされていない。したがって、今後の支援体制の確立のために、病院規模別の教育担当者の支援に関する調査分析が必要と考える。

(2) プリセプター支援者または教育担当者の資質・能力

プリセプター支援者の資質・能力についての研究は5件であった。小原ら¹⁴⁾によって、プリセプター研修を受講したサポーターは、プリセプター制度に対する意識が高いという事が明らかになっている。

大野¹⁵⁾は、サポーターの活動内容と効果的な介入について6つの要素を明らかにしている。「行動基準」「他支援」「精神的側面」「準備教育」「プリセプター能力」「支援態度」であった。また、サポーターの効果的な介入として、「システムの構築」「各役割目標の設定」「役割認識の再確認」の3つを述べている。

佐藤ら¹⁶⁾は、資質と必要な能力について半構成的面接を用いて24項目を明らかにしている。「新人教育に関心がある」「教育の原理を踏まえて研修の計画立案から評価まで行うことのできる力」「プリセプターの問題解決能力を見極める力」「プリセプターの気持ちを理解する力」「苦言を相手が納得できるように伝える力」「プリセプターのモチベーションを下げずに必要な支援を行う力」「プリセプターが自ら問題を解決できるよう支援する力」「看護を自

らの言葉で語る力」「熟練した看護技術を行動と言語で示す力」「プリセプターが支援を求めているその時に支援できる力」「プリセプターが研修等で身につけた知識を現場で活用できるよう支援する力」「自身の知識不足や能力不足について正当に評価できる力」「自身の見方や経験を相対比できる力」「日々の業務に流されず、患者中心の看護を心がけ、日々向上しようと努力する」「看護師として自己のキャリアを開発し、その経験をモデルとして示す力」「話しかけやすい雰囲気をもつ」「プリセプターの悩みをうまく引き出すことができるような効果的な発問力」「相手と同じレベルで振り回されず、一歩引いて冷静に対処する能力」「問題状況を見てとることができ、広い視野で問題の構造を把握し対応する能力」「プリセプターとプリセプティイーの関係が手遅れになる前に、周囲の人々を巻き込みながら、組織として関係を調整できる力」「プリセプターを支援する場を組織の中でつくり上げる力」「医師に看護師の成長過程を伝え、理解してもらおう力」「新人をとりまく社会の状況をよく理解し、情報共有する力」「不在時に支援が滞らないように調整する力」である。更に和住ら¹⁷⁾は、上記の24項目の中で新人看護師とプリセプターの支援者に最も高く求められている能力として、「患者中心の看護を心がけ、日々向上しようと努力しようとしている」を見出した。

また、和住ら¹⁸⁾は、教育担当者に必要な能力・資質について「新人教育支援に必要な基本的知識を習得している」「教育担当者に求められる役割を実際の場面で果たすことができる」「新人教育支援においてタイムマネジメントができる」「新人教育支援においてセルフマネジメントができる」「組織として支援体制作りができる」と分類した。更に、この5つをもとに研修を企画・開催した研修を行った結果、研修の評価は、受講者の能力の把握ができた、研修企画が容易になったとの高い評価があった反面、研修の開催を各施設に依頼したから、プログラム開発者のアドバイスを必要としたとの意見もみられていた。教育担当者の研修は、活動や支援体制など各施設での違いがあり、研修内容には多くの課題があると考えられる。

以上、プリセプター支援者の資質・能力に関する研究では、新人看護職員研修の努力義務化前に多く見られていた。努力義務化前は、資質や能力に関して施設ごとに役割や行動基準が定まっておらず、多くの項目になったと考える。努力義務化後は、新人看護職員研修ガイドラインで教育担当者の資質や能力が示されたため、研究が少なくなったと考える。しかし、今後は教育担当者が活動する中で、資質や

能力を客観的に評価できるものを見出す必要があると考える。

- (3) プリセプター支援者の役割を学習するプロセス
プリセプター支援者が、その役割を認識し学習するプロセスを明らかにした研究は1件であった。岡田ら¹⁹⁾は、経験から役割を学習するプロセスに関わるカテゴリーとして6つを抽出している。「役割遂行における手探りの状態」から、「教育側本位の関わり」をした後、「指導の形骸化」に至り、「役割に対する修正を理解する」「学習を受け入れ理解しようとする姿勢」となり、「学習者の状況に応じた支援をする」というプロセスが明らかになった。また、コアカテゴリーは、「学習者を受け入れ理解しようとする姿勢」であった。プリセプター支援者が役割を学習するプロセスについての研究が1件と少ない理由として、新人看護職員研修ガイドラインが開始して5年と期間が短いこと、各施設により研修内容に違いがあるためではないかと考える。今後は、教育担当者の役割活動が評価されていくことで、役割獲得のプロセスが必要となってくると考える。

3) 新人看護職員研修をサポートするプリセプター支援者または教育担当者に関する研究の動向分析からみた今後の研究の展望

新人看護師の離職予防対策として、2010年新人看護職員研修が努力義務化された。新人看護職員研修ガイドラインによって、指導者側の役割が明確化し、努力義務化前に課題となっていたことは解決した。しかし、新人看護職員研修は努力義務であり、すべての施設で同様のものが実施されているわけではない。このことが新人看護師の離職率として表れている可能性は高いと考える。

今回、新人看護職員研修の努力義務化前からの文献を検索し、内容別に検討した結果、3つに分類できた。まず、「プリセプター支援者または教育担当者の活動を困難にする要因」に関する研究では、2010年以前は、プリセプターを支援する役割の名称が統一されておらず、活動内容や困難さの要因も様々であった。2010年以降の文献では、教育担当者と統一された研究が見受けられたが、義務化後の日が浅いこともあり、研究は進んでいない現状がある。また、教育担当者の背景と活動を困難にする要因との関係は明らかにされておらず、病院規模別のプリセプター支援に関する研究も見られないことが明らかになった。

2つ目の「プリセプター支援者または教育担当者の資質・能力」に関する研究では、2010年以前は4件の研究が見られたが、新人看護職員研修が努力義務化後は、役割内容、資質などが記載されたためか、研究は1件と少なかった。今後は、教育担当者が活動する中で、資質や

能力を客観的に評価できるものを見出す必要があると考える。

3つ目の「プリセプター支援者の役割を学習するプロセス」に関する研究は、義務化後に1件報告されている。義務化後の期間が短く、各施設により新人看護職員研修の内容に違いがあるため、統一したプロセスを検討することは困難と考える。

上記の事から、新人看護職員研修をサポートする教育担当者の背景と活動の困難さを明らかにすることで、教育担当者の育成や支援体制に関する示唆が得られると考える。また、今後の支援体制の確立のために、病院規模別の教育担当者の支援に関する調査分析が必要と考える。

IV. 結論

- 1) 新人看護職員研修の努力義務化前後とも、新人看護職員研修をサポートするプリセプター支援者および教育担当者に関する研究は少ない。
- 2) 分析対象とした研究を内容別に分析したところ、「プリセプター支援者または教育担当者の活動を困難にする要因」「プリセプター支援者の資質・能力」「プリセプター支援者の役割を学習するプロセス」の3項目に分類できた。
- 3) 教育担当者の資質や能力を客観的に評価できるものを見出す必要がある。
- 4) 教育担当者の背景と活動の困難さ、教育担当者の支援に関して、病院規模別の研究は検索されず、今後の支援体制の確立のために研究を行っていく必要がある。

文献

- 1) 廣瀬千世子：看護白書，42-48，2008，日本看護協会編，東京都。
- 2) 前掲書1)
- 3) 厚生労働省医政局看護課：看護基礎教育充実に関する検討会報告書，2007，東京都。
- 4) 藤城洋子：我が国におけるプリセプターシップの導入と展開，神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録，35，129-135，2010。
- 5) 吉富美佐江、野本百合子、鈴木美和ら：新人看護師の指導体制としてのプリセプターシップに関する研究の動向，看護教育学研究，14（1），2005。
- 6) 厚生労働省：新人看護職員研修ガイドライン，2011，1-20，東京都。
- 7) 厚生労働省：新人看護職員研修ガイドライン（改訂版），2014，1-24，東京都。
- 8) 板垣美樹：プリセプターを支えるサポーターの困難さとその要因，神奈川県立保健福祉大学実践教育セ

- ンター看護教育研究集録, 34, 117-124, 2009.
- 9) 嶋澤奈津子, 宮本千津子, 末永由理他: 新人看護局員研修を担う教育担当者の活動と活動を困難にする要素, 東京医療保健大学紀要, 8 (1), 21-29, 2013.
 - 10) 稲垣伊津穂, 菅原祐三子, 並松睦世: 中小規模病院の研修責任者による院内研修の振り返りからみえた新人教育に対する課題-教育担当者・実地指導者の「つなぐ・支える・育てる」-, 日本看護学会論文集, 看護管理, 42, 68-71, 2012.
 - 11) 柴原美幸: 新人看護師研修をサポートする教育担当者が感じる困難, 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録, 40, 114-120, 2015.
 - 12) 公益社団法人 日本看護協会 広報部, 2014年 病院における看護職員需給状況調査速報, 1-11, 2015.
 - 13) 日本看護協会: 2013年病院における看護職員需給状況調査, 2014.
 - 14) 小原みずき, 高木美也子, 菊池千草: サポーターの背景からみたプリセプター制度に関する認識の特徴, 福島労災病院医誌, 8, 55-63, 2005.
 - 15) 大野志津子: プリセプターシップにおけるサポーターの効果的な介入について, 日本看護学会誌, 15 (2), 97-103, 2006.
 - 16) 佐藤まゆみ, 大室律子, 荒屋敷亮子他: プリセプター支援者に求められる能力・資質に関する研究, 千葉大学看護学部紀要, 31, 1-5, 2009.
 - 17) 和住淑子, 大室律子, 佐藤まゆみ他: 新人看護師のプリセプターを支援する者に必要な能力と資質に関する全国調査-プリセプター支援者の背景による違いに焦点を当てて-, 千葉大学看護学部紀要, 32, 1-8, 2010.
 - 18) 和住淑子, 黒田久美子, 佐藤まゆみ他: 新人看護師教育担当者育成モデルプログラムの開発と試行, 千葉大学看護学部紀要, 34, 45-50, 2012.
 - 19) 岡田順子, 青山フミ, 勝山貴美子: 看護実践の場における教育の担当者が経験から役割を学習するプロセス, 摂南大学看護学研究, 2 (1), 13-22, 2014.

研究ノート

炎症性腸疾患患者における国内の看護研究の動向と看護課題



河内 恵美¹⁾, 横井 和美²⁾,
糸島 陽子²⁾, 奥津 文子³⁾

¹⁾医療法人 祥祐会 藤田胃腸科病院

²⁾滋賀県立大学人間看護学部

³⁾関西看護医療大学

炎症性腸疾患患者は、若年からの発症が多く、生涯にわたる長い間、病いとともに生活することを余儀なくされる。このため、炎症性腸疾患患者の個性やライフイベントに応じた生活を支える看護を検討していく必要がある。そこで、炎症性腸疾患患者の看護に関する先行研究を概観し、看護研究の動向と看護課題を明らかにした。研究内容は、135件中、在宅生活の実態や闘病過程の調査が36件、医療・福祉のニーズと社会的サポートの調査が9件、看護介入の評価が84件であった。炎症性腸疾患患者の看護研究は、事例研究が占める割合が高く、患者の実状とその共通性を明らかにしようとしている段階であった。今後の看護課題は、在宅で生活する炎症性腸疾患患者の個性に応じた看護を提供するために、在宅で生活する患者の視点に立った患者理解を深めていくことである。次に在宅で患者自身が生活との折り合いをつけことができるよう、外来で行う看護介入方法を模索していく必要がある。さらに、炎症性腸疾患患者をとりまく社会環境へ働きかけるために、生活環境を整える支援を検討する必要がある。

キーワード 炎症性腸疾患患者 クロウン病患者 潰瘍性大腸炎患者 看護 在宅生活 文献検討

I. 緒言

慢性疾患の一つである炎症性腸疾患は、特異性腸炎（感染性、薬剤性など）と原因がわかっていない非特異性腸炎（クローン病、潰瘍性大腸炎、単純性潰瘍など）がある。狭義には、非特異性腸炎の潰瘍性大腸炎とクローン病の両疾患が炎症性腸疾患の用語として用いられてい

る。

炎症性腸疾患は、原因不明の疾患であり、難治性腸管障害として1975年に特定疾患に認定された。特定疾患受給交付件数は、年々増加傾向にある。2013年には、クローン病39,799人、潰瘍性大腸炎166,060人となった¹⁾。この両疾患は、特定疾患に認定されたものの治療法は今だ確立されていない。しかし、診断基準や治療方針などは大きく進歩している。このため、炎症性腸疾患患者は、在宅で通院しながら緩解維持療法を受けることが可能となった。そして、多くの炎症性腸疾患患者は治療を受けながら社会生活を営むことができるようになった。

炎症性腸疾患患者は、若年の発症が多く生涯にわたる長い時間を病いとともに生活することを余儀なくされる。特に成人期は、進学、就職、結婚などのライフイベントと病気との折り合いをつけながら自分の人生を模索する時期となる。伊藤ら²⁾富田ら³⁾による炎症性腸疾患患者のQOLの報告でも、病気が日常生活の制限、就労などの社会生活に大きな影響を及ぼしていることが報告されている。したがって、通院治療が主となる炎症性腸疾患

Trends and nursing issues of domestic nursing resech of Inflammatory bowel disease patients

Emi kawachi¹⁾, Kazumi Yokoi²⁾, Yoko Itojima²⁾,
Ayako Okutsu³⁾

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

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

³⁾Kansai University of Nursing and Health Sciences

2015年9月30日受付、2016年1月9日受理

連絡先：河内 恵美

医療法人 祥祐会 藤田胃腸科病院

住 所：大阪府高槻市松原町17-36

患者の生活を支える看護を検討して必要があると考える。

そこで、炎症性腸疾患患者の看護について検討された国内の先行研究を概観し、看護研究の動向を把握するとともに、看護の課題を明らかにすることを目的に文献検討を行った。

II. 研究方法

1. 文献検索方法

医学中央雑誌（平成27年9月現在）で、「炎症性腸疾患」and「看護」、「潰瘍性大腸炎」and「看護」、「クローン病」and「看護」をキーワードとして論文の種類を「原著」に限定し検索した。炎症性腸疾患の文献は170件、潰瘍性大腸炎の文献は93件、クローン病の文献は101件であった。このうち研究が重複している文献と研究対象者が患者ではない文献を除いた135件を検討対象とした。

2. 分析方法

文献総数の年次推移と研究の動向を概観した。次に、研究目的と研究内容を参考に、類似性に基づき帰納的に分類し、炎症性腸疾患患者の看護課題を明らかにした。

III. 結果

1. 年代別発表文献件数

文献数の動向を図1に示した。文献数は、1990年以前は10件、1991～1995年は17件、1996～2000年は26件、2001～2005年は39件、2006～2010年は24件、2011～2015年は18件であった。炎症性腸疾患、潰瘍性大腸炎、クローン病ともに1996年頃から文献数は増加していた。中でも2001～2005年は、全論文の約3割を占めていた。

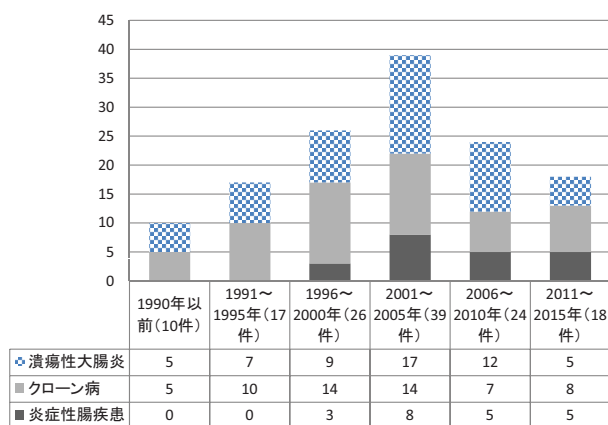


図1 年代別発表文献件数

2. 研究対象者の属性

研究対象者の属性を表1に示した。

135件中、入院患者を対象とした研究が88件、在宅患者を対象とした研究が47件、入院患者と在宅患者を研究対象とした研究が1件であった。疾患別で見ると、入院患者を対象とした研究は、潰瘍性大腸炎患者が46件で全体の約5割を占めていた。在宅患者を対象とした研究は、クローン病患者が22件で全体の約5割を占めていた。

表1 疾患別研究対象患者

| | 入院患者 | 在宅患者 |
|---------------------------|------|------|
| 炎症性腸疾患 | 4件 | 17件 |
| 潰瘍性大腸炎 | 46件 | 8件 |
| クローン病 | 38件 | 22件 |
| (入院患者と在宅患者の両方を対象とした1件を含む) | | |
| 合計 | 88件 | 47件 |

3. 研究デザインの割合

質的研究デザインは、135件中98件であった。このうち事例研究が89件と約9割を占めていた。量的研究は、135件中37件であった。このうち実態調査が15件と約5割を占めていた。

4. 研究内容の分類

炎症性腸疾患患者の研究内容を表2に示した。その内訳は、135件中、在宅で生活する患者の実態や闘

表2 炎症性腸疾患患者別の看護研究内容と研究数

| | 炎症性腸疾患 | クローン病 | 潰瘍性大腸炎 | |
|----------------------|---------------------|-------|--------|-----|
| 在宅生活の実態や闘病過程を調査 | 9件 | 16件 | 11件 | |
| 医療・福祉のニーズ・社会的サポートの調査 | 5件 | 2件 | 2件 | |
| 看護介入の評価 | 入院 退院指導（食事・経腸栄養・生活） | 2件 | 16件 | 2件 |
| | ストーマケア | | 9件 | 23件 |
| | 排便による2次障害 | | | 3件 |
| | 心理的介入 | | 13件 | 8件 |
| | 再燃時の症状ケア | | | 5件 |
| | 外来 心理的介入 | 2件 | | |
| | 食事指導プログラム | | 1件 | |
| その他（薬剤に関するもの等） | 2件 | 3件 | 1件 | |

病過程の調査が36件、医療・福祉ニーズと社会的サポートの調査が9件であった。看護介入の評価は、84件と全体の6割以上を占めていた。疾患別で研究内容を見ると、炎症性腸疾患患者を対象とした20件のうち、在宅生活の実態や闘病過程を調査が9件を占めていた。クローン病患者は、60件のうち在宅生活の実態や闘病過程を調査が16件、入院中の退院指導が16件を占めていた。潰瘍性大腸炎患者では、55件の研究のうち入院中のストーマケアの介入が23件を占めていた。

1) 在宅生活の実態や闘病過程の調査

在宅生活の実態や闘病過程を調査した研究のうち、クローン病患者を対象とした研究が16件で約4割を占めていた。

クローン病患者は、生活の中でストレスを受けやすい性格傾向にあり、特に青年期(19~31歳)はストレスに弱い傾向があると報告されていた⁴⁾。この時期の炎症性腸疾患患者は、食事療法や下痢、疲れやすさだけではなくライフイベントなど発達課題にも影響を及ぼすことが報告されていた⁵⁾⁶⁾⁷⁾。また、クローン病の増悪の要因として、「ストレス」「生活の変化」「疲労」が報告されていた⁷⁾。さらに、生活の中の困難として小野⁸⁾は、「治療の選択をする困難」「経管栄養が生活の負担となる困難」「学業や就職を続ける困難」が在宅で生活するクローン病患者の生活の困難であると報告していた。また、吹田ら⁹⁾によると緩解期にある成人クローン病患者の発病初期は、他者との食事の場を切りぬけるときに困惑と食事制限のための心的負担があることが報告されていた。そして、クローン病患者の食事体験を「体験学習による食生活の再構築」「食事栄養療法への反応」「再燃を起した学習サイクル」「自分にあった食事制限法の獲得」のプロセスとし、時期に見合った支援を行う必要があることが示唆されていた¹⁰⁾。

患者なりの方略をセルフモニタリングの視点で追究した研究もあった。石橋¹¹⁾によると、クローン病患者は身体がもつセンサーで、炎症や腸粘膜障害の影響を察知しているものの習慣的に無意識に対処してしまう難しさがあったことが報告されていた。そして、身体の体調不良の感覚を捉えてはいるものの生活に合わせてしまうセルフモニタリングの難しさが生じていることが示されていた。藪下¹²⁾は、このような中、炎症性腸疾患患者は、患者なりの方略をとり安定を維持しようとする生活を送っていると報告していた。

治療的管理の視点から、生活を維持する患者の傾向を報告した研究もあった。経腸栄養を継続できるクローン病患者は、効果に期待するとともに効果を感じている傾向にあり、職場や家族の理解があることが継続につながっていた¹³⁾。しかも、生活体験の長い人は自尊感情が高くなる¹⁴⁾ことが報告されていた。

2) 医療・福祉のニーズと社会的サポートの調査

医療・福祉のニーズと社会的サポートに関する調査した研究は9件であった。

福祉と生活の課題として、大隈ら¹⁵⁾は炎症性腸疾患患者を対象として調査を行っている。その中で、医療・福祉のニーズには「経済補助の充実を望む」「医療施設で治療の差がある」「職場での病気に対する理解不足」などがあると報告していた。また、就労に注目した調査研究では、就労は身体に負担がかかると感じており、「病気が理解されないこと」「体力的にしんどいこと」「食事やお酒を断る」ことを困難に感じている¹⁶⁾ことが報告されていた。これに加え、潰瘍性大腸炎患者における就業上の困難は、体力的にしんどいことや食事やお酒を断ることであった。しかし、上司や職場に相談相手がいることで、困難を前向きにとらえることができた¹⁷⁾と報告されていた。

病気を支える家族に着目した研究は4件であった。クローン病患者とその家族が病気を受け入れる過程は「病気に対するマイナスイメージ」の時期、「病気に対する考え方の転移・変化」の時期、「病気と付き合うこと、不安を抱えながら安定を模索している」時期の3つの時期があることが報告されていた¹⁸⁾。そして、病気を支える家族の理解が得られ、病気の感情が肯定的な方向にむかうにつれ自己価値も高まる¹⁹⁾ことが示唆されていた。さらに、患者家族の機能は、炎症性腸疾患患者の心身の健康に関連があること²⁰⁾、特に思春期の炎症性腸疾患患者は、家族や学校などのソーシャルサポートがあるとQOLが高まる²¹⁾ことが報告されており、患者をサポートしている家族や学校などへの支援の重要性が示唆されていた²¹⁾。また、同病者とのかかわりも自己価値観に影響していることも報告されていた¹⁹⁾。

3) 看護介入の評価

看護介入の評価は、入院中の患者を対象としたものが84件中81件と9割以上を占めていた。潰瘍性大腸炎患者を対象とした研究が41件、その内ストーマケアに関する研究が23件で約6割を占めていた。一方、クローン病患者を対象とした研究は38件で、その内退院指導に関する研究が16件と約5割を占めていた。

入院患者を対象とした研究の中で、ストーマケアに関する研究では、ストーマ造設を受け入れるにはストーマケアの自立と皮膚障害の改善経験が必要であった事例が報告されていた²²⁾²³⁾。ストーマの皮膚障害は、消化酵素の高い便によるものが多く、手術後1~2週間の便の量の多さと関連があることが報告されていた²⁴⁾。ストーマの皮膚障害の対応には、水分吸収材を併用することが有効であったことが報告されていた²⁵⁾。

また排便ケアの介入では、ストーマ閉鎖後の肛門の消化酵素の高い便に対し、油性洗剤の使用によって皮膚

膜をつくり、皮膚障害の予防が効果的であった事例研究が報告されていた²⁶⁾²⁷⁾。さらに、井上²⁸⁾の潰瘍性大腸炎患者のストーマ造設後、壊疽性膿皮症の特徴的な症状を呈した1事例の研究のような壊疽性膿皮症のケアについての事例研究があった²⁹⁾³⁰⁾。一方、クローン病患者のストーマ周囲の潰瘍形成は、便もれだけではなく、栄養状態や病気の活動性が影響しているため、全身管理が必要であることも報告されていた³¹⁾。

入院中の心理的介入では、危機モデルを用いた潰瘍性大腸炎患者の気持ちの準備が整うことを確認しながら患者教育のタイミングを計る必要性があることが報告されていた³²⁾³³⁾。クローン病患者が経腸栄養を受け入れるための介入には、変化ステージ理論を用いて心の変化の準備と感情に合わせた支援が有効であったことが報告されていた³⁴⁾。クローン病患者の食に関する介入では、食事を制限することではなく、可能な範囲で食事の好みに合わせる、患者の気持ちに近づいた支援が心の安定に効果的であったことが報告されていた^{35)~38)}。

退院指導では、クローン病患者の努力や人生を理解し³⁹⁾、なぜそうなるのかといった個別性を理解することが自己管理の支援に必要なことが示唆されていた⁴⁰⁾。また、患者が自分自身の将来に目を向けることができる時間を取ることを理解したことで経腸栄養が自己管理できるようになった事例が報告されていた⁴¹⁾。さらに、在宅での患者は、役割が加わることで、自己の身体に集中できないことを理解する必要性を報告した事例研究もあった⁴²⁾。これらの事例研究^{39)~42)}では、退院指導は、患者の在宅生活に合わせた指導でなければ患者は自己管理を受け入れることは難しく、患者の想いを尊重し生活に歩み寄った支援が必要であったという気づきが報告されていた。さらに、患者の生活に歩み寄った看護を展開するためには、外来と病棟の継続看護の必要性があることが示唆されていた³⁹⁾⁴²⁾。再燃時の症状ケアでは、潰瘍性大腸炎で入院した患者の下血や腹痛の症状緩和や不安のケアを行ったことが報告されていた⁴³⁾。

外来患者を対象とした研究は、炎症性腸疾患患者を対象とした心理的介入が2件、クローン病患者を対象とした食事指導プログラムの介入研究が1件であった。

心理的介入では、炎症性腸疾患患者に対してストレス支援が行われていた。金子⁴⁴⁾による研究では、認知行動療法、リラクゼーション法により認知の変容が起り、マイナス思考や気分の落ち込みの感情から気分の変容を促したという結果がでていた。また、心理的介入によって、ストレスを感じた出来事の後で再燃の経験をしていたことが報告されていた⁴⁵⁾。

食事指導プログラムの介入では、布谷⁴⁶⁾によるクローン病患者の食事指導プログラムの開発と有効性の検証の研究が行われていた。この研究では、食事の試し行動は

食べたものをノートにつけるなどの介入によって食事の満足度を増加させたという結果がでていた。

4) その他の研究内容

富田ら⁴⁷⁾は、クローン病患者の抗TNF- α 療法導入による体験プロセスの研究で、治療によって症状は改善したと感じるものの「将来何が起るのか」といった治療を続ける不安があるため、治療選択の意思決定を支援する必要性を報告していた。

また、抗TNF- α 療法を行う際の皮下注射の疼痛を軽減するために冷・温罨法を行った研究があった⁴⁸⁾。これらのような新しい治療法に関する研究も報告されていた。

IV. 考 察

1. 看護研究の動向と研究課題

炎症性腸疾患患者の看護研究は1990年に入り増えてきた。これは、1990年代後半から出てきた厚生省の「難治性炎症性腸管障害に関する研究班」によるQOLの調査結果により、QOLを治療目標として重要とした影響が考えられる。

研究デザインは、炎症性腸疾患患者の看護研究は質的研究が多く、質的研究のほとんどが事例研究であった。従って、炎症性腸疾患患者の看護研究の現状は、事例研究によって、炎症性腸疾患患者の看護現象の複雑性を理解し、看護を模索していると考えられる。同時に、質的研究によって、患者の実状とその共通性を明らかにしようとしている段階であると考えられる。

研究数は、クローン病患者を対象とした研究が最も多かった。この背景には、クローン病は寛解導入が難しく、症状が落ち着いても病気が進行することや食事の関与が大きい¹⁾ため、看護の必要性が高いことが影響していると考えられる。さらに、日常生活が病状の悪化を誘発することが少なくない⁴⁹⁾ことも看護の必要性の高さに影響していると考えられる。これらのことから、潰瘍性大腸炎患者にくらべ、クローン病患者の看護介入の必要性の高さが研究数に影響していることが考えられる。

研究対象は、入院中の患者を対象とした研究が多く、外来通院している在宅患者を対象とした研究は少なかった。近年在宅で治療が主となっているため、今後は在宅患者に注目する必要があると考えられる。また、研究対象には、発達段階の成人期を対象とした研究が報告されていた^{5) 6) 16) 21)}。これは、炎症性腸疾患は若年者に多くアイデンティティを自分の中うまく取り入れる時期に病気の影響を受けるといった特徴があるからではないかと考える。そこで、今後は発達段階やライフイベントなどの特徴や影響を考慮した看護の追究が必要であると考えられる。

2. 看護介入の評価からみえた看護課題

炎症性腸疾患は、原因不明で完全治癒の治療法が確立されていないことにより、病いとともにその人らしく生きることが目標となる。

先行研究の中で、入院中のストーマケアの処置に関する研究は、23件と充足していた。しかし、退院後のストーマケアに関する研究は少なかった。この背景には、入院期間中はWOCなどの専門的な看護が充足してきていることが考えられる。そこで、ストーマケアを除く先行研究の中から、3つの看護課題を明らかにした。

1つ目の課題は、在宅で生活する患者の視点に立った患者理解を深めていくことである。この理由として、在宅で生活する患者の立場で、患者の対処の実態を具体的に理解しようとした研究は、病勢のセルフモニタリングに関する研究¹⁾ 1件と少なかったことがあげられる。この研究では、症状をどのように捉え対処しているのか、体調を管理する難しさが報告されていた。しかし、生活上の困難や在宅で生活する患者自身がどのように思い、考えながら生活と病気との折り合いをつけているのかについて研究した報告はみあたらなかった。生活と折り合いをつけることに影響する要因として、発達課題、ライフイベント、職場の理解、家族のサポート、経腸栄養管理、食事制限、ストレスがあると報告されていた。さらに発達課題やライフイベント、就労、さらに周囲のサポートとの関連と患者の個性を理解する必要性も示されていた。このような生活と影響要因に対し、退院指導を行う中で、患者の想いを尊重し生活に歩み寄った自己管理の支援が必要であるという気づきを得ていた^{35)~38)}。慢性疾患をもつ人の理解について、黒江は⁵⁰⁾、人が病いをもったことで生活に変化が起こった時、実際の生活者が感じていることはどんなことか、生活者の視点から知る必要があるとしている。今後、その人らしく生きることを支えるためには、生活上の困難や不安を在宅で生活する患者自身がどのように考え対処しているのかといった患者の立場を具体的に明らかにしていく必要があると考える。特に、クローン病患者は、症状がおさまっていても病状の進行は免れない病気であることから生活上の困難に注目する必要があると考える。

2つ目の課題は、在宅生活で患者自身が生活との折り合いをつけることができる看護介入方法を検討することである。この理由として、介入研究のほとんどが事例研究であり、患者介入の共通性が見いだせていないことがあげられる。近年の炎症性腸疾患の治療は、外来治療が中心であり、生活との折り合いをつけることが課題となっている。その中で、外来における看護介入は、患者のセルフマネジメントの技術を支援する心理的介入⁴⁴⁾⁴⁵⁾と食事指導プログラムの介入研究⁴⁶⁾の3件と少なかった。今後は、外来における介入研究を積み重ね、炎症性腸疾患の介入方法を模索していく必要があると考える。

3つ目の課題は、生活環境を整えるための支援を検討することである。この理由として、医療・福祉のニーズと社会的サポートの研究が少ないことがあげられる。平成27年9月、難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針が厚生労働省から告示された¹⁾。この中で、難病の患者が長期にわたり療養しながら暮らしを続けていくための総合的な対策が求められていた。今後は、炎症性腸疾患患者の社会的ニーズを明らかにし、現状の社会的支援にはどのようなニーズをどの程度満たしているのか調査していく必要があると考える。

V. 結 語

炎症性腸疾患患者の看護研究の現状は、患者の実状の共通性を明らかにしようとしている段階であった。特に、その人らしく生きることを支える看護の向上のため、在宅生活における患者の立場にたった研究を重ねていく必要がある。

今後の看護課題は、在宅で生活する炎症性腸疾患患者の個性に応じた看護を提供するために、在宅で生活する患者の視点に立った患者理解を深めていくことである。次に在宅で患者自身が生活との折り合いをつけことができるよう、外来で行う看護介入方法を模索していく必要がある。さらに、炎症性腸疾患患者をとりまく社会環境へ働きかけるために、生活環境を整えるための支援を検討する必要がある。

文 献

- 1) 難病情報センター：http://www.nanbyou.or.jp (2015年11月20日閲覧)
- 2) 伊藤美智子，積美保子，前川厚子他：炎症性腸疾患患者のQOLと不安，日本看護協会論文成人看護，30，39-41，2001.
- 3) 富田真佐子，高添正和，近藤健司他：炎症性腸疾患患者のQuality of Lifeと食事に関する問題－潰瘍性大腸炎とクローン病との比較－，静脈経腸栄養，120(2)，57-65，2005.
- 4) 佐藤則子，五十嵐幸枝，海野美幸他：クローン病患者のストレスの検討，日本看護学会論文集：成人看護II，(30)，39-41，1999.
- 5) 吉田礼織子：成人初期の炎症性腸疾患患者の生活実態，日本難病看護学会誌，7(2)，2003.
- 6) 上岡澄子(2000)：ライフサイクルからみた炎症性腸疾患をもつ若年成人期患者の生活 8事例の面接による，日本難病学会誌，4(2)，95-100，2000.
- 7) 長谷川美鶴，松浦昭，白井正人他：クローン病患者における日常生活の実態調査 インタビューによる

- 増悪時の検討, JJPEN, 1010 - 1011, 1991.
- 8) 小野正子: クロウン病患者の日常生活における困難: 6事例の面接調査から, 秋田短期大学紀要, 10(2), 139-148, 2002.
 - 9) 吹田摩耶, 鈴木純恵: クロウン病者の食事を通じた他者との関わりの体験, 日本難病学会, 12(2), 147-154, 2007.
 - 10) 吹田摩耶, 鈴木純恵: クロウン病患者の食生活体験のプロセス, 日本看護研究会雑誌, 32(5), 19-28, 2009.
 - 11) 石橋千夏: クロウン病の病勢の察知と対処, 大阪府立大学看護学部紀要, 69-74, 2012.
 - 12) 藪下八重: 炎症性腸疾患とともに生きる患者の生活体験のプロセス, 近大姫路大学看護学部紀要, 3, 63-73, 2010.
 - 13) 菊池青藍, 田中智子, 本間深幸他: クロウン病患者の在宅経腸栄養療養の実態調査, 日本看護学会論文集: 成人看護Ⅲ, 33, 275 - 276, 2003.
 - 14) 吉田礼維子: 成人初期炎症性腸疾患患者の生活と自尊感情に影響する要因, 天使女子短期大学紀要, No21, 2000.
 - 15) 大隅牧子, 大内美美, 山田公子: 男性炎症性腸疾患患者401名における医療・福祉・生活課題の分析, 看護教育, 44(8), 618-621, 2003.
 - 16) 小田桐綾乃, 仁尾かおり: 慢性疾患をもつ青年期の就職・就労に対する思い, 日本看護学会論文集: 成人看護Ⅱ, 238-240, 2008.
 - 17) 那須文実, 山田和子, 森岡郁春: 潰瘍性大腸炎患者における就業上の困難と前向きな気持ちの実態, 産業衛生学雑誌, 57(1), 2015.
 - 18) 小野寺美和: クロウン病とその家族の意思決定にかかわる要因について, 神奈川県立教育大学看護教育研究集録, 24, 389-395, 1999.
 - 19) 山田和美, 胡茜, 清水佳代子他: クロウン病患者のソーシャルサポートの現状と看護職の役割, 福岡県立看護専門学校研究論文集22巻, 33-43, 1999.
 - 20) 坂之上香, 小林奈美: 炎症性腸疾患患者とその家族が捉える家族機能と患者・家族の健康状態との関連—九州地方の患者会における調査—, 家族看護研究会, 14(1), 2008.
 - 21) 工藤悦子: 思春期炎症性腸疾患患者のQOLと療養行動、ソーシャル・サポートの関連, 日本小児看護学会誌, 21(2), 25-32, 2012.
 - 22) 末武千香, 松尾瑞江, 滝内弘江他: ストーマリハビリテーションとボディ・イメージの変化に対する受け入れストーマ未装着患者の症例と要因と対策—, 老年看護, 29-31, 2007.
 - 23) 山口真輝, 太田翔子, 竹内涼子他: ストーマ、ろう孔管理に対する患者の自立に向けた看護介入, 東海ストーマ・排泄リハビリテーション研究会雑誌, 31(1), 27-30, 2011.
 - 24) 松原康美, 大谷剛正: 潰瘍性大腸炎におけるイレウスミー皮膚障害の発生要因の検討—術後1ヶ月以内のびらんとETナースの介入—, 日本創傷・オストミー・失禁ケア研究会雑誌, 4(2), 22-18, 2000.
 - 25) 江上直美, 中岡亜希子, 小島幸代他: 深い潰瘍と連結したストーマ粘膜皮膚巣都合部が全周離開した回腸ろうの管理, 東海ストーマ・排泄リハビリテーション研究会誌, 34(1), 41-44, 2014.
 - 26) 大岩志穂, 林美紀, 藤掛政子他: 全結腸切除患者の頻回な排便に対する予防的スキンケアの実際, 東海ストーマリハビリテーション研究会誌, 22(1), 5-8, 2002.
 - 27) 池尻智子, 積美保子, 高橋綾子: 【排便機能障害客観的評価 治療とその援助】事例にみる看護の実際 回腸Jバウチ造設手術後の排便障害の看護, 臨床看護, 25(14), 2133-2138, 1999.
 - 28) 井上桂子, 坂田薫, 岡本亮他: ストーマ造設後, 壊疽性膿皮症の特徴的な症状の一事例, STOMA: Wound&Continence. 18(1), 25-27, 2011.
 - 29) 末平智子, 石澤美保子: イレウスミー近接部に発症した壊疽性膿皮症のケア経験, 日本創傷・オストミー・失禁ケア研究会誌, 7(2), 51-53, 2003.
 - 30) 高木重美, 中森良子, 山口節子他: 潰瘍性大腸炎術後の回腸人工肛門周囲に発生した壊疽性膿皮症の1例, 東海ストーマリハビリテーション研究会誌, 23(1) 17-21, 2003.
 - 31) 坊田友子, 徳永理生, 福島ゆかり他: イレウスミー周囲に潰瘍形成を繰り返すクロウン病の1事例, 日本ストーマ学会誌, 6(1), 1999.
 - 32) 三浦浅子, 儀俄友子: 潰瘍性大腸炎患者の疾病受容へのアプローチ Shontzの危機モデルを用いた疾病受容の過程, 日本看護学会論文集 成人看護Ⅲ, 33, 81-83, 2003.
 - 33) 石井美希, 中谷玲子, 高橋さゆり他: 潰瘍性大腸炎を発症した思春期患児の危機の分析と看護介入— ムースの疾病関連危機モデルを活用しての効果, 日本看護学会論文集: 小児看護, 37, 131-133, 2007.
 - 34) 大瀬朋子, 形原美幸, 瀬川澄子: 在宅経腸栄養導入に困難をきたした患者に対する看護の検討, JJPEN, 22(9), 665-668, 2000.
 - 35) 金子恭子, 長谷川智子, 坂本和子他: 青年期におけるクロウン病患者の食への援助, 臨床看護, 20(7), 990-997, 1994.
 - 36) 佐藤ひとみ, 工藤恵子: クロウン病患者とのかかわ

- り、食のニーズに応えた1症例、黒石病院医誌, 11(1), 20-22, 2005.
- 37) 那須力子, 安田慶子, 竹氏ちえこ他: クローン病とともに生きる患者の自己効力を高めるアプローチの検討, 臨床看護研究, 10(1), 20-27, 2003.
- 38) 安田慶子, 星野美帆, 室典子他: 炎症性腸疾患患者の自己管理を高める退院時指導, 臨床看護研究, 9(1), 35-42, 2002.
- 39) 米田優子, 田中久美子, 三浦悦子: クローン病患者の退院指導と継続看護, 十和田市立中央病院研究誌, 8(1), 93-97, 1993.
- 40) 中村文子: 総合消化器ケア, 3(4), 22-31, 1998.
- 41) 生野由美, 清田幸子: 入退院を繰り返すクローン病患者の在宅経腸栄養への援助, 日本看護学会集録27回小児看護, 110-111, 1996.
- 42) 片岡優実, 田尻由美, 矢野浩子他: クローン病患者のHPN管理における看護援助, 静脈経腸栄養, 17(3), 2002.
- 43) 永沢尚子, 板垣あや子, 吉田恵美子: 潰瘍性大腸炎で下血した患者の看護, 臨床看護, 10(4), 490-499, 1984.
- 44) 金子真理子: ストレスマネジメントを目的としたリエゾン精神看護介入法の作成と評価 炎症性腸疾患を抱える人のリラクゼーション・認知行動療法, 日本看護科学雑誌, 29(3), 76-84, 2009.
- 45) 金子真理子: 炎症性腸疾患を抱える人々への認知行動療法—再燃に対する認知の様相と変容—, 東京女子医科大学雑誌, 305-314, 2010.
- 46) 布谷麻耶: クローン病患者への食事指導プログラムの開発と有効性の検証, 日本科学雑誌, 32(3), 74-84, 2012.
- 47) 富田真佐子, 片岡優実: クローン病患者の抗TNF- α 抗体療法導入による体験プロセス, 四国大学紀要, 37, 103-112, 2012.
- 48) 木田摩己, 佐々木和, 坂上佳誉子: 冷罨法及び温罨法によるアダリムマブ皮下注射薬液注入時の疼痛緩和効果—クローン病についての検討—, (42), 214-217, 2012.
- 49) 鈴木康夫, 山田哲弘, 山本咲恵: 潰瘍性大腸炎—クローン病の治療と看護のこつ— クローン病の最新治療と看護のコツ, 消化器肝胆膵ケア, 15(3), 32-41, 2010.
- 50) 黒江ゆり子: 病いの慢性性Chronicityと生活者という視点—コンプライアンスとアドヒアランスについて—, 看護研究, 35(4), 287-299, 2002.

研究ノート

在宅療養者への看護診断適用： 診断ラベル選定とアセスメントリスト作成



森 敏¹⁾, 植村小夜子¹⁾, 伊丹 君和¹⁾, 畑中 裕司²⁾

¹⁾滋賀県立大学人間看護学部

²⁾滋賀県立大学工学部

背景 高齢化の進展とともに在宅医療・介護を推進する方針が国から示されたことから、今後、在宅療養者が急増すると予想される。NANDA-I看護診断は、看護のみで改善可能な看護課題（看護の対象となる現象）を抽出するツールである。われわれは先に、看護診断を療養型施設に入所中の長期療養高齢者に適用し、個人の課題を抽出するコンピュータシステム（「長期療養高齢者版看護診断」システム）を開発した。

目的 今回、在宅療養者を対象とする「在宅療養者版看護診断」システムの構築を目指して、i) 看護診断ラベル選定、ii) アセスメントリスト作成、iii) 診断を導く関数の考案を行った。

方法 i) 看護診断ラベル：先に作成した「長期療養高齢者版」を基に、「在宅療養者版」を作成した。すなわち、「長期療養高齢者版」の看護診断ラベルから、「在宅療養者版」では不適と考えられるラベルを削除し、適切と考えられるラベルを追加した。なお、原典としては、最新版の「NANDA-I看護診断-定義と分類2015-2017」を用いた。

ii) アセスメントリスト：「長期療養高齢者版」は旧版の「NANDA-I看護診断-定義と分類2009-2011」に基づいて作成されており、最新版では診断指標・関連因子・危険因子などの診断手がかり用語が大幅に見直されていることから、新版に基づいて修正を行った。追加した診断ラベルについては、「長期療養高齢者版」と同様に診断指標を選定・考案した。

iii) 診断を導く関数：診断指標の組み合わせ条件を見直すとともに、追加した診断では新たに考案した。

結果 看護診断ラベルは、領域1、2、3、4、5、6、7、9、11、12の10領域から、49の診断ラベルを選定した。各診断ラベルについて、診断を導くためのアセスメントリストを作成し、診断の採択を決定する診断指標の組み合わせ条件を決定した。

結論 「在宅療養者版看護診断」システムの基盤となる看護診断ラベル選定し、診断を導くためのアセスメントリスト・関数の作成を行った。これにより、コンピュータシステムの構築が可能となった。

キーワード 在宅療養者、看護診断、アセスメント、コンピュータシステム

Application of the nursing diagnoses to the home care person :
Selection of nursing diagnosis and making of assessment list

Satoru Mori¹⁾, Sayoko Uemura¹⁾, Kimiwa Itami¹⁾, Yuji Hatanaka²⁾

¹⁾School of Human Nursing

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

2015年9月30日受付、2016年1月9日受理

連絡先：森 敏

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail : satomori@koto.kpu-m.ac.jp

I. 緒言

高齢化の進展とともに、国民医療費が年々増大している。このような状況に対応するため、医療モデルを「病院完結型」から「地域完結型」に転換し、在宅医療・介護を推進する方針が国から示されている¹⁾。そこで今後、在宅療養者が爆発的に増加すると予想される。在宅療養者の状態を少しでも改善できれば、住み慣れた地域に永

く住み続けられるばかりでなく、ひいては医療費の削減にも貢献できる。

NANDA-I看護診断は、投薬などの医療行為を施さずに、看護のみで改善可能な看護課題（看護の対象となる現象）を抽出するツールである²⁾。われわれは先に、療養型施設に入所中の長期療養高齢者に看護診断を適用し、個々の課題を抽出するコンピュータシステム（「長期療養高齢者版看護診断」システム）を開発した³⁾。今回は、在宅療養者を対象とする「在宅療養者版看護診断」システムの構築を目指して、その基礎となる i) 看護診断ラベル選定、ii) アセスメントリスト作成、iii) 診断を導く関数の考案を行った。

II. 研究方法

1. 在宅療養者に適用する看護診断ラベルの選定

先に作成した「長期療養高齢者版（表1）」を基に³⁾、「在宅療養者版」を作成した。前者は「NANDA-I看護診断-定義と分類2009-2011」（以下、旧版）⁴⁾を原典として作成されたが、今回は、最新版の「NANDA-I看護診断-定義と分類2015-2017」（以下、新版）を基に作成した²⁾。新版では大幅な内容の見直しが行われており、看護診断ラベル数は追加・削減され235になっている。また、診断指標・関連因子・危険因子なども、診断手がかり用語の標準化により見直されている⁵⁾。

診断ラベルの選定手順

在宅療養者に適用する診断ラベルを以下の手順で選定した。

- 1) 旧版に基づいて作成された「長期療養高齢者版」の診断ラベルを、新版に沿って修正
- 2) 「長期療養高齢者版」の診断ラベルから、「在宅療養者版」には不相当と考えられるラベルを削除
- 3) 新版から、「在宅療養者版」に相当と考えられるラベルを追加
- 4) 追加および削除を行った暫定案を総合的に検討

2. アセスメントリストの作成

看護診断は、対象者に看護診断指標（症候）が存在するかどうかを、質問および観察で見出すことにより成される。そこで、各診断ラベルに提示されている診断指標の中からアセスメントに使用する指標を選択した。診断指標（質問・観察項目）の選定に当たっては次の3点に留意し、個々の診断指標の具体的な質問・観察項目を考案した。

- ①重要度の高い診断指標を選択
- ②診断指標が存在しない場合は、危険因子を参考に定義に沿った指標を考案
- ③難解な診断指標は理解しやすい表現に修正

3. 看護診断を導く関数の作成

看護診断の採択を決定する際の診断指標の組み合わせ条件を見直すとともに、追加した診断ラベルでは新たに考案した。

表 1. 長期療養者療養者版看護診断：10領域、46診断ラベル

| | |
|-------|---|
| 領域 1. | ヘルスプロモーション（非効果的健康維持、非効果的自己健康管理） |
| 領域 2. | 栄養（栄養摂取消費バランス異常：必要量以下、栄養摂取消費バランス異常：必要量以上、嚥下障害、体液量不足、体液量過剰、体液量不足リスク状態） |
| 領域 3. | 排泄と交換（機能的尿失禁、溢流性尿失禁、腹圧性尿失禁、切迫性尿失禁、下痢、便失禁） |
| 領域 4. | 活動／休息（不眠、睡眠パターン混乱、床上移動障害、移乗能力障害、歩行障害、消耗性疲労、徘徊、活動耐性低下、入浴セルフケア不足、更衣セルフケア不足、摂食セルフケア不足、排泄セルフケア不足） |
| 領域 5. | 知覚／認知（急性混乱、言語的コミュニケーション障害） |
| 領域 6. | 自己知覚（自尊感情慢性的低下、自尊感情状況的低下） |
| 領域 7. | 役割関係（介護者役割緊張、介護者役割緊張リスク状態） |
| 領域 9. | コーピング／ストレス耐性（不安、非効果的コーピング、死の不安、悲嘆） |
| 領域11. | 安全／防御（感染リスク状態、非効果的気道浄化、誤嚥リスク状態、皮膚統合性障害、皮膚統合性障害リスク状態、組織統合性障害、高体温） |
| 領域12. | 安楽（悪心、急性疼痛、慢性疼痛） |

Ⅲ. 結果

1. 在宅療養者版看護診断ラベル

最終的に、領域1、2、3、4、5、6、7、9、11、12の10領域から49の診断ラベルを選定した（表2）。なお、選定された看護診断のうち5つの看護診断（「体液量過剰」「介護者役割緊張リスク状態」「高体温」「急性疼痛」「慢性疼痛」）は、新版において診断の手がかりとなる用語（診断指標、関連因子、危険因子）が変更されていた。また、「過体重」は新版で新たに付け加えられた看護診断である。

①長期療養高齢者版看護診断から削除した5ラベル

「非効果的健康維持」「便失禁」「自尊感情状況の低下」「組織統合性障害」「悪心」を削除した。削除理由を以下に記す。

「非効果的健康維持」：「非効果的健康維持」は病気を有していない人を対象とし、「非効果的自己健康管理（新版では「非効果的健康管理」）」は病気をもち自己管理を指示されている人を対象とするので、在宅療養者版では「非効果的健康管理」に絞った。

「便失禁」：在宅では「便秘」の方が優先されるので、これを削除し「便秘」を追加した。

「自尊感情状況の低下」：「自尊感情慢性的低下」で十分であることから、これを削除した。

「組織統合性障害」：看護診断の代表的診断ラベルであるが、「皮膚統合性障害」「皮膚統合性障害リスク状態」を残し、「口腔粘膜障害」を加えることで十分と判断し

削除した。

「悪心」：「急性疼痛」「慢性疼痛」に比べて、重要度は低いと判断し削除した。

②新たに追加した8ラベル

「便秘」「慢性混乱」「移転ストレスシンドローム」「家族コーピング妥協化」「転倒転落リスク状態」「口腔粘膜障害」「自殺リスク状態」「社会的孤立」を追加した。これらは、在宅看護の観点から、必須のアセスメント項目と判断した。採択理由を以下に記す。

「便秘」：在宅療養者においては、「便失禁」よりも優先されると判断し付け加えた。

「慢性混乱」：認知症のことで、必須項目である。長期療養高齢者版で採択漏れしていた。

「移転ストレスシンドローム」：トランスファー・ショックのことであり、在宅看護に特有の診断ラベルである。「家族コーピング妥協化」：療養者が必要とする援助を主介護者が十分に提供できない状態である。

「転倒転落リスク状態」：家庭内において転倒・転落事故の頻度は高く、在宅看護においてこれらの防止は必須項目である。

「口腔粘膜障害」：在宅医療における口腔ケアの重要性から採択した。

「自殺リスク状態」：自殺者の多くは高齢者であり、在宅看護においては外せないラベルである。

「社会的孤立」：独居高齢者が今後とも増加すると予想され、アプローチが必要である。

表2. 在宅療養者版看護診断：10領域、49診断ラベル

| | |
|-------|---|
| 領域1. | ヘルスプロモーション（非効果的健康管理） |
| 領域2. | 栄養（栄養摂取消費バランス異常：必要量以下、過体重、嚥下障害、体液量不足、体液量不足リスク状態、体液量過剰） |
| 領域3. | 排泄と交換（機能的尿失禁、溢流性尿失禁、腹圧性尿失禁、切迫性尿失禁、便秘、下痢） |
| 領域4. | 活動／休息（不眠、睡眠パターン混乱、床上移動障害、移乗能力障害、歩行障害、消耗性疲労、徘徊、活動耐性低下、入浴セルフケア不足、更衣セルフケア不足、摂食セルフケア不足、排泄セルフケア不足） |
| 領域5. | 知覚／認知（急性混乱、慢性混乱、言語的コミュニケーション障害） |
| 領域6. | 自己知覚（自尊感情慢性的低下） |
| 領域7. | 役割関係（介護者役割緊張、介護者役割緊張リスク状態） |
| 領域9. | コーピング／ストレス耐性（移転ストレスシンドローム、不安、非効果的コーピング、家族コーピング妥協化、死の不安、悲嘆） |
| 領域11. | 安全／防御（感染リスク状態、非効果的気道浄化、誤嚥リスク状態、転倒転落リスク状態、口腔粘膜障害、皮膚統合性障害、皮膚統合性障害リスク状態、自殺リスク状態、高体温） |
| 領域12. | 安楽（急性疼痛、慢性疼痛、社会的孤立） |

2. アセスメントリスト

各看護診断において、診断を導く診断指標を選定・考案した（表3）。

3. 看護診断を決定する関数

看護診断の採択を決定する診断指標の組み合わせ条件を決定した（表3）。

表3. 看護診断の診断指標と関数

領域1. ヘルスプロモーション

■非効果的健康管理

- ① 指示された治療計画に対する困難感
 - ② 治療計画を毎日の生活に組み込めない
- * ①+②=2

領域2. 栄養

■栄養摂取消費バランス異常：必要量以下

- ① 体重が理想体重よりも20%以上少ない
- ② 食物摂取量が1日あたりの推奨量より少ない⇒食事摂取量が少ない
- ③ 食物嫌悪⇒食欲不振
- ④ 身長
- ⑤ 体重

* ① ($BW \leq BH \times BH \times 22 \times 0.8$) & ②+③ ≥ 1

■過体重

- ① BMI値25以上
- ② 身長
- ③ 体重

* $BW \geq BH \times BH \times 22 \times 1.25$

■嚥下障害

- ① 夜間の咳き込み
- ② つかえ感を訴える⇒つかえ感
- ③ むせる⇒食事時のむせ
- ④ 口腔内に食べ物が残る⇒口腔内に食物残留
- ⑤ 嚥下の遅延⇒なかなか呑み込まない

* ①+②+③+④+⑤ ≥ 1 (=上記のいずれかがある)

■体液量不足

- ① 皮膚緊張度の低下
- ② 尿量の減少
- ③ 乾燥した粘膜
- ④ 口渇⇒口が渇く

* ①+②+③+④ ≥ 1

■体液量不足リスク状態

- ① 水分入手に影響する異常⇒水分摂取量が少ない
- ② 通常の排出経路からの過剰な体液喪失⇒下痢

* ①+② ≥ 1

■体液量過剰

- ① 呼吸困難
- ② 浮腫
- ③ 短期間での体重増加
- ④ 圧痕

* ①+②+③+④ ≥ 2

領域3. 排泄と交換

■機能性尿失禁

- ① トイレに着く前の排尿⇒トイレに間に合わず尿を漏らす
- ② 尿意を感じてからトイレに着くまでの移動に時間が長い⇒歩行障害

* ①+②=2

■溢流性尿失禁

- ① 不随意で少量の尿もれ⇒少量の尿もれ
- ② 排尿障害⇒尿が出にくい
- ③ 残尿量の増加

*①=1 & ②+③≥1

■腹圧性尿失禁

- ① 不随意の少量の尿もれ（咳嗽時、笑った時、くしゃみをした時、労作時）⇒咳嗽・笑い・くしゃみなど、労作時の尿もれ

*①=1

■切迫性尿失禁

- ① トイレに間に合わず尿失禁を回避できない⇒トイレに間に合わず尿を漏らす
- ② 尿意切迫感⇒強い尿意があり、排尿を我慢できない

*①+②≥1

■便秘

- ① 排便回数の減少⇒3日間以上排便がない
- ② 排便時にいきむ⇒便が出にくい

*①+②≥1

■下痢

- ① 24時間に3回以上のゆるい水様便⇒1日3回以上の水様便

*①=1

領域4. 活動/休息

■不眠

- ① 入眠困難⇒寝入りにくい
- ② 睡眠持続困難⇒睡眠の持続困難
- ③ 睡眠についての不満⇒眠った感じがしない
- ④ 翌日に影響を与える睡眠障害⇒上記
- ⑤ 早期覚醒⇒早朝覚醒

*①+②+③+⑤≥1

■睡眠パターン混乱

- ① 睡眠パターンの変化⇒ぐっすり眠れない
- ② 環境障壁⇒部屋が明るすぎる
- ③ 環境障壁⇒騒音
- ④ 環境障壁⇒寝具が合わない
- ⑤ 環境障壁⇒その他の環境要因

*①=1 & ②+③+④+⑤≥1

■床上移動障害

- ① 腹臥位から仰臥位へと体を動かせない⇒寝返りがうてない
- ② 床上で自分の姿勢を変えられない⇒仰臥位から座位になれない

*①+②≥1

■移乗能力障害

- ① ベッドから椅子へ移乗できない
- ② ベッドから立位へ姿勢が変えられない
- ③ 椅子から床へ移動できない

*①+②+③≥1

■歩行障害

- ① 階段を昇れない
- ② 縁石を乗り越えられない⇒段差を乗り越えられない
- ③ 斜面を歩いて下れない
- ④ 斜面を歩いて昇れない
- ⑤ 必要な距離を歩行できない

*①+②+③+④+⑤≥1

■消耗性疲労（＝グッタリしんどい）

- ① 集中力の変化⇒注意・集中力の欠如
- ② 通常の身体活動を維持できない⇒活動性低下
- ③ 周囲に関心がない⇒上記

- ④ 休憩の要求の増加⇒上記
- ⑤ 疲労感
- ⑥ エネルギー不足⇒ぐったりしている
- * ⑤+⑥=2 & ①+②≥2

■徘徊

- ① さまざまな場所への頻回の移動⇒徘徊行動
- ② 計画性のない歩行⇒上記
- ③ 活動過多⇒上記
- ④ 制止しがたい歩行
- ⑤ 明らかな目的地のない長時間の歩行⇒目的のない歩行
- ⑥ 何かを探し求めていつまでも歩く⇒上記
- * ①+④+⑤≥1

■活動耐性低下 (=ハアハアしんどい)

- ① 労作時の不快感
- ② 労作時呼吸困難⇒労作時の呼吸困難
- ③ 消耗性疲労
- ④ 活動時の異常な心拍反応
- * ③=1 & ①+②+④≥1

■入浴セルフケア不足

- ① 体を拭けない⇒下記
- ② 浴室まで移動できない⇒下記
- ③ 体を洗えない⇒自力で入浴できない
- * ③=1

■更衣セルフケア不足

- ① 衣類を(ひも、ボタン、ホックなどで)留めたり閉めたりできない⇒下記
- ② 下半身用の衣類を履けない⇒下記
- ③ 上半身用の衣類を着用できない⇒下記
- ④ 衣類や履物を着用できない⇒下記
- ⑤ 衣類や履物を脱げない⇒自分で衣服の着脱ができない
- * ⑤=1

■摂食セルフケア不足

- ① 食物を口まで運べない⇒下記
- ② 食物を噛めない⇒下記
- ③ 食具に食物を載せられない⇒下記
- ④ 食具を使えない⇒下記
- ⑤ 食器を持ち上げられない⇒下記
- ⑥ 十分な量の食物を嚙下できない⇒自力で食事ができない
- * ⑥=1

■排泄セルフケア不足

- ① トイレで清潔行動を完了できない⇒自力で排泄の後始末ができない
- * ①=1

領域5. 知覚/認知

■急性混乱

- ① 認知機能の変化⇒見当識障害
- ② 意識レベルの変化
- ③ 精神運動活動の変化⇒精神の変調
- ④ 幻覚
- ⑤ 落ち着きがない⇒落ち着きなくソワソワしている
- ⑥ 目的指向行動を十分に最後までやりとげない⇒集中力の低下
- ⑦ 無気力
- * ①+②+③+④+⑤+⑥+⑦≥2

■慢性混乱

- ① 短期記憶の変化⇒もの忘れ
- ② 長期記憶の変化⇒上記
- ③ 進行性の認知機能障害⇒判断力の低下

④ パーソナリティの変化

* ①+③+④ \geq 2

■言語的コミュニケーション障害

① コミュニケーションが理解しにくい⇒言葉の理解ができない

② 考えを言葉で表現しにくい⇒言葉の表出ができない

③ 言語表現が不適切⇒上記

④ 言葉を構成しにくい⇒構音障害

⑤ 呂律がまわらない⇒上記

* ①+②+④ \geq 1

領域 6. 自己知覚

■自尊感情慢性的低下

① 他人の意見に頼る⇒他人の意見に依存し、自己主張できない

② 出来事への対処能力を過少評価する⇒自己否定的な発言を続ける

③ 自分についての否定的フィードバックの誇張⇒上記

④ 肯定的フィードバックに対する拒絶⇒上記

⑤ 視線を合わせない

* ①+②+⑤ \geq 1

領域 7. 役割関係

■介護者役割緊張

① 今後のケア能力を心配する

② 今後の被介護者の健康状態を心配する

③ 命じられた作業を行いにくい

* ①+②+③ \geq 2

■介護者役割緊張リスク状態

① 介護者はストレスを感じている

② ストレス解消ができない

* ①+②=2

領域 9. コーピング/ストレス耐性

■移転ストレスシンドローム

① ある場所から別の場所への移動

② 移転・転勤・移住を心配している⇒生活の変化を心配している

* ①+②=2

■不安

① 生活上の出来事の変化を心配する

② 落ち着きがない(ソワソワ)⇒落ち着きなく、ソワソワしている

③ いら立ち⇒イライラしている

④ 緊張した表情

⑤ 動悸⇒心臓がドキドキする

* ⑤=1 & ①+②+③+④ \geq 1

■非効果的コーピング

① 他者に対する破壊的行動⇒自己または他者への破壊的行動

② 自己に対する破壊的行動⇒上記

③ 状況に対処できない⇒不適切な問題解決

④ 助けを求められない

* ①=1 & ③+④ \geq 1

■家族コーピング妥協化

① 介護者による援助行動が、満足できない結果に終わる

* ①=1

■死の不安

① 不治の病の発病に対するおそれ

② 死の過程に対するおそれ

③ 自分の死が重要他者に及ぼす影響を心配する

* ①+②+③ \geq 1

■悲嘆

- ① 落胆⇒くりかえし悲しみを訴える
- ② 心理的苦痛⇒下記
- ③ 苦痛⇒喪失に伴う苦痛
- * ①+③≥ 1

領域11. 安全/防衛

■感染リスク状態

- ① 病原体との接触回避についての知識不足
- ② 病原体への環境曝露の増加
- ③ 慢性疾患（糖尿病、肥満など）
- ④ 免疫抑制
- ⑤ 栄養不良
- * ①= 1 & ②+③+④+⑤≥ 1

■非効果的気道浄化

- ① 過剰な喀痰⇒喀痰が多い
- ② 効果のない咳嗽⇒喀痰をうまく出せない
- * ①+②= 2

■誤嚥リスク状態

- ① 嚥下できない⇒嚥下障害
- ② 意識レベルの低下
- ③ 上半身挙上を妨げるもの
- * ①+②+③≥ 1

■転倒転落リスク状態

- ① 転倒や転落の既往
- ② 補助器具の使用（歩行器、杖、車椅子）
- * ①+②≥ 1

■口腔粘膜障害

- ① 口腔内の病変⇒口腔粘膜の損傷
- * ①= 1

■皮膚統合性障害

- ① 皮膚統合性の変化⇒皮膚（上皮、真皮）の破綻
- * ①= 1

■皮膚統合性障害リスク状態

- ① 栄養不良
- ② 機械的因子⇒寝返りがうてない（床上移動障害）
- ③ 機械的因子⇒身体拘束
- ④ 循環障害
- ⑤ 湿気
- ⑥ 骨の突出状の圧迫
- * ①+②+③+④+⑤+⑥≥ 2

■自殺リスク状態

- ① 自殺未遂歴
- ② 大うつ病状態から高揚状態への急激な回復⇒うつ病
- ③ 配偶者と死別
- ④ 慢性疼痛
- ⑤ 罪悪感
- * ①+②+③+④+⑤≥ 2

■高体温

- ① 正常範囲以上に上昇した体温
- ② 皮膚に触れると温かい⇒熱感がある
- ③ 頻脈
- * ①= 1 & ②+③≥ 1

領域12. 安楽

■急性疼痛

- ① 痛みの程度・性質の自己報告⇒痛みの訴え

- ② 痛みの持続：3ヶ月未満
 - ③ 痛みの顔貌⇒しかめ面
 - ④ 痛みを和らげる体位調整⇒痛みを和らげる姿勢を取る
- *①+②=2 & ③+④≥1

■慢性疼痛

- ① 痛みの程度・性質の自己報告⇒痛みの訴え
 - ② 痛みの持続：3ヶ月以上
- *①+②=2

■社会的孤立

- ① 支援体制の欠如
 - ② 支援体制の不足
 - ③ 孤独感
- *①+②≥1 & ③=1

IV. 考 察

1. 在宅療養者版の看護診断ラベルの選定

米国で開発されたNANDA-I看護診断(2015-2017)の診断ラベルは200項目を超えている¹⁾。しかし、それらには文化・医療制度の違いから、実際には使用しにくいラベルが多数含まれており、わが国の臨床現場で使用できるものは、せいぜい50ラベル程度であるとされている^{6, 7, 8)}。

先に作成した「長期療養高齢者版」においても、上記理由で診断ラベルを46にまで絞り込んだ。今回の在宅療養者版においても、診断ラベル数を50前後に治めることを目標とし、選定に当たっては、「長期療養高齢者版」を修正する形で作成した。

「在宅療養者版」では、最終的に49ラベルを選定した。「長期療養高齢者版」からわずかに3ラベルの増加に留まり、大差が無いように見える。しかし、その内容は診断ラベルの追加・削除が行われており、施設看護と在宅看護の違いを反映したものになっていると考える。

2. NANDA-I看護診断の改訂への対応

NANDA-I看護診断は3年ごとに改訂される^{2, 4)}。そこで、NANDA-I看護診断を原典として作成される対象者限定版の「長期療養高齢者版」「在宅療養者版」などは、原典の最新化に伴い診断ラベルから診断指標・関数まですべてを見直す必要が生じる。その意味では、今回作成した「在宅版療養者版」も、2017年度までの限定版といえる。

V. 結 論

「在宅療養者版看護診断」システムの基盤となる看護診断ラベル選定とそれを導くアセスメントリスト・関数を作成した。これにより、「在宅療養者版看護診断」の

コンピュータシステムを構築することが可能となった。

文 献

- 1) 厚生労働省：在宅医療・介護の推進について。 http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryoku/zaitaku/dl/zaitakuiryoku_all.pdf
- 2) Herdman TH, Kamitsuru S (編). 上鶴重美 (訳) : NANDA-I看護診断 定義と分類(2015-2017) 1-508, 2015、医学書院、東京
- 3) 森敏、上野悟、畑中裕司、奥津文子：長期療養高齢者への看護診断適用と診断支援コンピュータシステムの開発：タブレットPCを用いて、人間看護学研究, 13:21-27, 2015
- 4) Herdman TH (編). 中木高夫 (訳) : NANDA-I看護診断 定義と分類(2009-2011) 1-508, 2009、医学書院、東京
- 5) 上鶴重美, T. ヘザー・ハードマン：知っておきたい変更点 NANDA-I看護診断-定義と分類 2015-2017, 第1版, 1-89, 2015、医学書院、東京
- 6) 江川隆子 (編) : コンパクト新版 これなら使える看護診断 厳選NANDA-I看護診断83, 第4版, 1-312, 2013、医学書院、東京
- 7) 佐藤重美：気楽に考えて使おう24の看護診断、1-206, 1999、日本看護協会出版会、東京
- 8) 江川隆子 (編) : これなら使える看護介入-厳選47 NANDA-I看護診断ラベルへの看護介入, 1-436, 2009、医学書院、東京

(Summary)

Key Words nursing diagnosis, home care, assessment, computer system

活動と資料

ルーブリックを活用した エンドオブライフケア実習評価と課題 —学生評価と教員評価からの検討—



伊藤あゆみ, 糸島 陽子, 中川 美和, 生田 宴里, 横井 和美, 荒川千登世
滋賀県立大学人間看護学部

エンドオブライフケア実習の評価について、学生と教員の評価から到達レベルを把握し、ルーブリックを活用した実習の評価方法を検討した。2015年3月にエンドオブライフケア実習の単位を修得し、本研究の趣旨に同意が得られた学生59名の実習評価表を用い、実習評価表の到達レベルと評価点について、学生評価と教員評価の一致率を検討した。

エンドオブライフケア実習の評価を実習到達目標ごとに、学生と教員が同じ到達レベルであると評価した一致率をみると、「理論活用をした看護の洞察」が35.6%と最も低く、次いで「看護者としての自己評価・今後の課題」の47.5%であった。一方、一致率が高かったのは、「実施した看護の評価」の69.5%で、次いで「患者全体像の把握」の57.6%、「看護計画の立案」の55.9%であった。8つの目標のうち「実施した看護の評価」は、学生・教員の両評価とも「可：レベル2」をつけた人数が20%を超えていた。

受け持ち患者の状態が悪く、反応が捉えにくいという実習の特徴をふまえた上で、学生・教員が客観的な評価を行えるよう、ルーブリック評価表の見直しを行い、実習中に学生へのフィードバックを行う必要がある。

キーワード エンドオブライフケア、実習、評価、ルーブリック

I. はじめに

看護教員は、学生が臨床場面において批判的に考え、専門職者にふさわしい態度を維持し、適切に患者と交流し、問題の優先順位をつけ、臨床手順に関する基本的知識をもち、正確にケア手順を遂行できるか否かを見極めなければならない¹⁾。看護学実習における評価は、教育

評価としても重要であるが、実習体験の中での学生個々の学びを、試験や課題レポートといった形のみで評価することは難しく、評価について様々な研究がなされている²⁾³⁾。その中でもルーブリックは、絶対評価(目標に準拠した評価)のための判断基準表であり、看護学実習においてもその導入がなされている⁴⁾⁵⁾。A大学でのエンドオブライフケア実習においても、平成26年度より、評価の手段としてルーブリックを活用している。

ルーブリック評価表は、学習する内容項目と学習到達レベルを示す具体的な評価基準を、マトリックス形式でレベル目安を数段階に分けて記述し、達成度を示すものである⁶⁾。ルーブリック評価は、テスト法では困難な「思考・判断」や「関心・意欲・態度」、「技能・表現」の評価に向いている⁷⁾とされ、テストでは評価できない、看護学生の実習評価の方法として有効であると考えられる。また、ルーブリック評価は「学生に対し、臨床に関連する課題に期待されることを伝達する助けとなる」と言われ、評価者に明確な方向性を示すとともに、多様な評価者間の信頼性を促進するとされ¹⁾、教員と学生が実習経験と臨床評価の両方を促進するのに有益であるとも

Evaluation of the practice of the end of life care by rubric system
—consideration from student evaluation and teacher evaluation—

Ayumi Ito, Yoko Itojima, Miwa Nakagawa, Eri Ikuta,
Kazumi Yokoi, Chitose Arakawa

School of Human Nursing, University of Shiga Prefecture

2015年9月30日受付、2016年1月9日受理
連絡先：伊藤あゆみ

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail：ito.ay@nurse.usp.ac.jp

言われている。さらに、学生の自己評価において、特定の経験について記述し、質的な判断を行うこととなり、ルーブリックや基準に対する自己リフレクションは、学生評価にとって重要なツールとなり得る¹⁾とされ、その効果が期待できる。しかし、エンドオブライフケア実習におけるルーブリック導入はまだ試行段階であり、実際の実習評価の中でルーブリック評価表の修正や検討が今後も必要となる。そのため、今回は平成26年度のエンドオブライフケア実習の学生と教員の評価から、到達レベルと評価点数を把握し、ルーブリックを活用した実習評価を検討することで、ルーブリック評価表の修正点や、今後の教育的課題への示唆を得られると考えた。

II. 目的

エンドオブライフケア実習の評価について、学生と教員の評価から到達レベルを把握し、ルーブリックを活用した実習の評価方法を検討する。

III. 方法

1. 対象

A大学において、平成27年3月にエンドオブライフケア実習の単位を修得し、本研究の趣旨に同意が得られた学生59名分の実習評価表（評価点数、到達レベル、自己評価コメント）とした。

2. 分析方法

成績保管されている実習評価表の到達レベルと評価点について、学生評価と教員評価の一致率を検討した。また、自己評価コメントについては、学生評価と教員評価の点数差が乖離した事例のコメントから考察を行った。

3. 倫理的配慮

A大学倫理審査委員会承認後、評価を行った教員と単位認定を受けた学生に研究の趣旨を説明し、実習評価表の使用について口頭と紙面で同意を得た。

4. 実習方法

1) 実習の流れ

エンドオブライフケア実習は、2週間の実習であり、3年次の10月～3月にかけて、1グループ6名で2～3グループの学生が同時に、2～3施設でそれぞれ実習を行う。学生は2週間の実習の中で8つの実習到達目標（表1）の達成をもって、単位修得となる。

学生は、実習初日に患者と初めて対面するときから情報収集を行い、初期計画の立案、計画の実施・評価を病棟実習の7日間で行う。1週目には1日の学内実

表1 エンドオブライフケア実習 実習到達目標

| 実習到達目標 | 評価比率 |
|---|------|
| 1) エンドオブライフにある患者とその家族（重要他者）を全人的に理解できる。 | 20% |
| 2) エンドオブライフの患者とその家族（重要他者）の意思を尊重した援助の人間関係を樹立できる。 | 20% |
| 3) エンドオブライフにある患者とその家族（重要他者）の「苦痛」に関連した主観的・客観的情報を、論理的・科学的にアセスメントし、個別的な看護計画が立案できる。 | 20% |
| 4) 受け持ち患者の意思を尊重しながら、安全かつ安楽な方法で苦痛緩和を目指した看護を実施できる。 | 10% |
| 5) 実施した看護に対して、客観的に評価できる。 | 10% |
| 6) エンドオブライフにある患者とその家族（重要他者）の援助をとおして、緩和ケアチームの一員として、連携の重要性が理解でき、チームメンバーとしての自己の役割・責任にもとづく行動がとれる。 | 10% |
| 7) エンドオブライフケアについて、看護および看護に関連する概念や理論を活用し、論理的に洞察する。 | 5% |
| 8) エンドオブライフにある患者とその家族（重要他者）の看護をとおして、自己の死生観・看護観（感）を表現できる。 | 5% |

習の日を設け、情報の整理と統合から看護問題の抽出と看護計画の立案を行う。2週目には2日間の学内実習があり、1日は実施してきたエンドオブライフケアの振り返りと実習を通しての学びのまとめを行い、2日目は課題レポートの作成と記録の追加・修正を行う。また、実習中には面接を行い、学生自身の実習目標や実習における心配事などの確認（実習開始時面接）と、学生自身の実習到達目標の到達度と評価理由の確認（病棟実習終了後、評価面接）を行っている。さらに、実習進行中には教員と指導者で学生の日々の様子を確認しながら、必要時追加して面接を実施した。

2) 評価方法

ルーブリックを活用した実習評価表は、8つの実習到達目標を各目標5段階の到達レベルで構成している（表2）。学生への実習到達目標と実習評価表についての説明は、実習オリエンテーション時に実習評価表の配布とともに行った。教員と実習指導者は、実習の中間時点（1週目終了時点）で学生の到達レベルの確認を行い、「可：レベル2」に達していない場合は実習指導内容を検討した。病棟実習終了後の評価面接は、実習評価表を用いて学生評価点数の理由を確認し、実習記録の最終提出時の記録内容をもとに、教員3名で評価基準を確認しながら総合評価を行った。

IV. 結果

エンドオブライフケア実習の総合点は、学生評価が79.4±4.6点、教員評価が78.5±4.4点であった。実習

施設ごとの評価の平均点を表3に示す。

実習到達目標別に学生と教員が同じ到達レベルと評価をした一致率をみると、目標7「理論活用をした看護の洞察」が35.6%と最も低く、次いで目標8「看護者とし

表2 エンドオブライフケア実習評価表

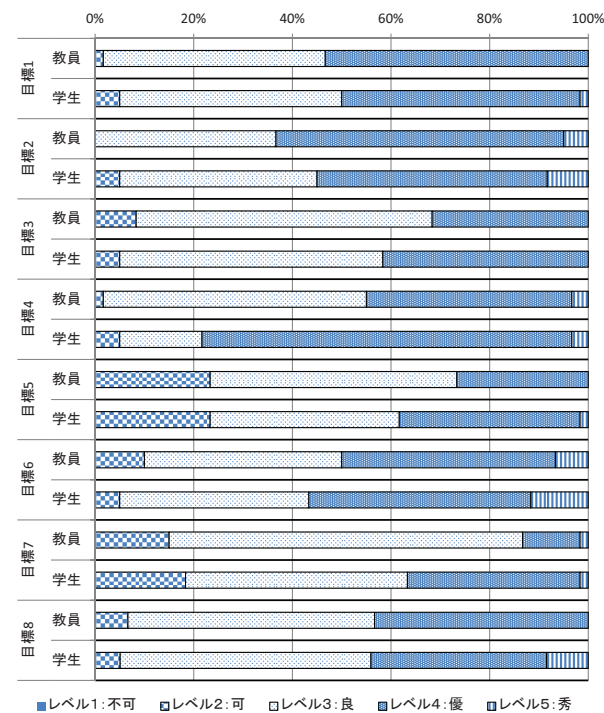
| 到達目標 | 成績評価基準 | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| | レベル1 | レベル2 | レベル3 | レベル4 | レベル5 |
| 1. エンドオブライフにある患者とその家族（重要他者）を、全人的に理解できる。 | エンドオブライフにある患者とその家族（重要他者）の、基本的な特徴を説明できない。 | 基本的な特徴（身体的・精神的・社会的・スピリチュアル）を説明できる。 | 受け持ち患者とその家族（重要他者）の特徴を述べることができる。 | 受け持ち患者とその家族（重要他者）の特徴を、発達課題・価値観をふまえて説明できる。 | 受け持ち患者とその家族（重要他者）の特徴を、科学的根拠にもとづいて説明できる。 |
| 2. エンドオブライフの患者とその家族（重要他者）の意思を尊重した援助的人間関係を樹立できる。 | エンドオブライフにある受け持ち患者とその家族の思いを大切にしたりすることができない。 | エンドオブライフにある受け持ち患者とその家族の思いを大切にすることの重要性が説明できる。 | エンドオブライフにある受け持ち患者とその家族の思いを大切にしたりすることができる。 | エンドオブライフにある受け持ち患者とその家族の意思を尊重した関わりができる。 | エンドオブライフにある受け持ち患者とその家族に対して、援助的人間関係を樹立することができる。 |
| 3. エンドオブライフにある患者とその家族（重要他者）の「苦痛」に関連した主観的・客観的情報を、論理的・科学的にアセスメントし、個別的な看護計画が立案できる。 | 受け持ち患者とその家族（重要他者）に対して基本的な看護計画が立案できない。 | 受け持ち患者とその家族（重要他者）に対して基本的な看護計画が立案できる。 | 受け持ち患者とその家族（重要他者）に対して個別的（状況に応じた）な看護計画が立案できる。 | 受け持ち患者とその家族（重要他者）に対して個別的な看護計画が科学的根拠にもとづいて立案できる。 | 受け持ち患者とその家族（重要他者）を予測した看護計画が科学的根拠にもとづいて立案できる。 |
| 4. 受け持ち患者の意思を尊重しながら、苦痛緩和を目指した看護を安全かつ安楽な方法で実施できる。 | 立案した看護計画について、基本的な安全・安楽を考えて実施できない。 | 立案した看護計画について、基本的な安全・安楽を考えて実施できる。 | 立案した看護計画について、患者の意思を尊重して安全・安楽に実施できる。 | その日の状態に合わせ、立案した計画を変更しながら安全・安楽に実施できる。 | その日の状態に合わせ、科学的根拠をもとに安全・安楽な援助が実施できる。 |
| 5. 実施した看護に対して、客観的に評価できる。 | 実施した看護による患者への影響について説明できない。 | 実施した看護による患者への影響について説明できる。 | 実施した看護による患者への影響について記述できる。 | 実施した看護について自己評価を行い、自らの課題に取り組むことができる。 | 実施した看護の効果について、科学的根拠をもとに客観的に評価できる。 |
| 6. エンドオブライフにある患者とその家族（重要他者）の援助をとおして、緩和ケアチームの一員として、連携の重要性が理解でき、チームメンバーとしての自己の役割・責任にもとづく行動がとれる。 | 自己の役割・責任について説明できない。 | 自己の役割・責任にもとづく行動について説明できる。 | 自己の役割・責任にもとづく行動がとれる。 | チーム全体の状況を考慮して、自己の役割・責任にもとづく行動がとれる。 | 多職種と協働して、自己の役割・責任にもとづく行動がとれる。 |
| 7. エンドオブライフケアについて、看護および看護に関連する概念や理論を活用し、論理的に洞察する。 | 実践した看護について振り返ることができていない。 | 実践した看護について、振り返ることができる。 | 看護および看護に関連する概念や理論を活用して実施した看護を振り返ることができる。 | 看護および看護に関連する概念や理論を活用して実施した看護の振り返り、新たな気づきを説明できる。 | 看護および看護に関連する概念や理論を活用して実施した看護を振り返り、死を迎える患者とその家族の看護について洞察する。 |
| 8. エンドオブライフにある患者とその家族（重要他者）の看護をとおして、自己の死生観・看護観（感）を表現できる。 | 実施した看護をとおして、自己の看護への思いや死生観について述べることはできない。 | 実施した看護をとおして、自己の看護への思いや死生観について述べることはできる。 | エンドオブライフにある患者とその家族（重要他者）の看護をとおして、自己の看護への思いを述べることはできる。 | エンドオブライフにある患者とその家族（重要他者）の看護をとおして、自己の看護への思いを記述できる。 | エンドオブライフにある患者とその家族（重要他者）の看護をとおして、自己の看護観（感）を説明できる。 |

表3 施設ごとの実習期間・学生数と学生評価・教員評価の平均点数

| | 期 間 | 学生数 | 学生評価 平均点数 | 教員評価 平均点数 |
|-----|------------------|-----|--------------|--------------|
| A施設 | 平成26年10月～平成27年3月 | 23名 | 77点 | 77.3点 |
| B施設 | 平成26年10月～平成27年3月 | 24名 | 80点 | 78.8点 |
| C施設 | 平成27年2月～3月 | 12名 | 82.8点 | 80.8点 |

表4 実習到達目標別 学生評価と教員評価のレベル差ごとの人数と一致率 (N=59)

| | 自己評価が高い ← 自己評価が低い | | | | | レベル 一致率 (%) |
|-----|-------------------|----|----|----|------|-------------------|
| | -2以上 | -1 | 0 | +1 | +2以上 | |
| 目標1 | 0 | 11 | 34 | 14 | 0 | 57.6 |
| 目標2 | 0 | 13 | 29 | 16 | 1 | 49.2 |
| 目標3 | 0 | 17 | 33 | 9 | 0 | 55.9 |
| 目標4 | 2 | 20 | 31 | 5 | 1 | 52.5 |
| 目標5 | 2 | 10 | 41 | 4 | 2 | 69.5 |
| 目標6 | 2 | 15 | 31 | 10 | 1 | 52.5 |
| 目標7 | 4 | 19 | 21 | 15 | 0 | 35.6 |
| 目標8 | 2 | 15 | 28 | 14 | 0 | 47.5 |

図1 平成26年度エンドオブライフケア実習
実習到達目標別 学生と教員の評価比較

での自己評価・今後の課題」の47.5%であった。一方、一致率が高かったのは、目標5「実施した看護の評価」の69.5%で、次いで目標1「患者全体像の把握」の57.6%、目標3「看護計画の立案」の55.9%であった。(表4)

8つの目標のうち目標5「実施した看護の評価」は、学生・教員の両評価とも「可：レベル2」をつけた人数が20%を超えていた。また、目標4「看護の実施」と目標7「理論活用をした看護の洞察」においては、学生評価において到達レベルが4まで達成できたとしている学生の割合に対し、教員評価では到達レベル4に達している割合は低かった。(図1)

学生評価と教員評価において、到達レベルの一致率が低かった目標7と8の、学生の評価理由(自己評価コメント)をみると、「概念や理論を通して看護を振り返ることができた。」「新たな気づきを記載することができた。」「事前に理論について復習すべきだった。」「自己評価表に記載できた。」など、抽象的な内容であった。また、学生評価と教員評価の到達レベルの差が2以上

あった学生は、いずれも自己の評価が高かった。

V. 考 察

エンドオブライフケア実習の実習評価において、実習到達目標ごとの到達レベルの一致率が35.6~69.5%にとどまっており、学生評価と教員評価に差があると考えられる。エンドオブライフにある患者からの反応は比較的少なく、学生自身が客観的に評価する視点を得にくく、評価の差につながったのではないかと考える。学生評価と教員評価の到達レベルの差が2つ以上であった学生の自己評価コメントでは、評価理由として記載されていた内容が、抽象的であるという特徴がみられた。さらに3施設間では、学生評価と教員評価の平均点数にも差が見られ、ルーブリックを確認した上でも、実習施設ごとで担当する教員や指導者によって、評価を行う基準に曖昧な点がある可能性がある。エンドオブライフケア実習におけるルーブリック評価表の活用はまだ試行段階であり、今後、学生と教員・臨床指導者が実習評価表の内容を共通理解し、実習到達レベルを客観的に付けられるよう、実習評価表の表現や内容の検討・修正が必要であると考えられる。さらに、実習中や評価を行う際に、学生自身が行ったように評価しているのかを予め確認し、評価の視点に差がないかどうかを突き詰め、学生にフィードバックす

ることが必要である。学生へのフィードバックを行うことで、学生は実習到達目標の中身をさらに深く理解し、客観的な評価につながると考えられる。

また、学生と教員評価の到達レベル一致率が高かった目標5の「実施した看護の評価」では、到達レベルは低い傾向にあった。エンドオブライフケア実習は、状態の不安定な患者を受け持ち、計画した看護を学生自身が実践することが技術的にも難しい。また、その評価として患者の反応を得にくいことや、ケアしていてもいずれ訪れる死があり、実施した看護の評価をどのように行うのか難しいという特徴がある。そのため、学生は実施してきた看護の評価として、患者にとって良かったのか悪かったのかを評価ができず、「実施した看護の評価」の到達レベルが低くなった可能性がある。実施した看護の評価として、どのような事を視点にすれば良いのか、患者・家族の目標をより具体的に設定できるよう実習中からかわかり、学生がそれを意識した看護実施、評価を行うことができるよう、教員・指導者が指導する必要がある。また、ループリック活用においても、実践した看護の評価として、何ができていれば良いのかを明確に表記し、具体的内容を第二段階のループリックに示していく必要がある。

VI. まとめ

今回、ループリックを活用したエンドオブライフケア実習の評価において、学生評価と教員評価の一致率を解析することにより、評価方法の検討を行った。エンドオブライフケア実習では、受け持ち患者の状態が悪く言語的コミュニケーションが取りにくいいため、患者の反応が捉えにくい。そのような実習の特性をふまえた上で、ループリックの表現の見直しを行い、より具体的な第二段階ループリックの作成が必要となる。また、学生が自己評価を客観的に行えるよう、実習中に学生の実習目標到達

レベルの確認を行い、フィードバックしていく必要がある。

文献

- 1) Diane M. Billings, Judith A. Halstead (著), 奥宮暁子, 小林美子, 佐々木順子 (監訳) : 看護を教授すること 大学教員のためのガイドブック 原著第4版, 423-437, 2014, 医歯薬出版, 東京
- 2) 阿部オリエ : 看護学実習における評価に関する文献検討. 日本赤十字九州国際看護大学IRR, 7, 51-56, 2009
- 3) 小山満子, 岡田洋子 : 看護学実習評価に対する学生の見解および妥当性に関する検討—学生への面接を通して—. 看護教育, 46 (6), 483-488, 2005
- 4) 栗本一美, 木下香織, 古城幸子, 他 : 生活支援看護学実習における学生の学習到達度—ループリック評価指標をもとに—. 新見公立大学紀要, 34, 31-36, 2013
- 5) 古城幸子, 木下香織 : 老年看護学実習の教育評価にループリック評価表を導入して. 新見公立大学紀要, 34, 15-20, 2013
- 6) 文部科学省 中教審大学教育部会 (2011年12月9日) 説明会資料
- 7) 沖裕貴 : 大学におけるループリック評価導入の実際—公平で客観的かつ厳格な成績評価を目指して—. 立命館高等教育研究, 14, 71-90, 2014
- 8) 山口陽弘 : 教育評価におけるループリック作成のためのいくつかのヒントの提案—パフォーマンス評価とポートフォリオ評価に着目して—. 群馬大学教育学部紀要 人文・社会科学編, 62, 157-168, 2013
- 9) 高浦勝義 : 絶対評価とループリックの理論と実際, 2004, 黎明書房, 名古屋

研究ノート

本学の成人クリティカルケア実習における 教育的介入の手がかりについての検討 —ルーブリックを用いた学生と教員の評価の分析から



生田 宴里, 荒川千登世, 山根加奈子, 伊藤あゆみ, 中川 美和, 横井 和美, 糸島 陽子
滋賀県立大学 人間看護学部

本学の成人クリティカルケア実習の学生の自己評価と教員の総合評価を分析し、ルーブリック導入前後の比較から当実習における教育的介入の手がかりを検討した。

対象は2013年度（ルーブリック導入前）と2014年度（導入後）の当実習の単位を修得し同意が得られた学生120名（2013年度：59名、2014年度：61名）の自己評価と教員の総合評価とした。

各年度の学生の自己評価と教員の総合評価の点数差（絶対値）を分析した結果、2013年度で6（2-11）、2014年度で4（2-7）となり、ルーブリック導入後は学生と教員が目標を共通認識し、客観的に評価できるようになったと考える。また、教員評価に比べて自己評価が高い群は、「心理的ストレス状況の理解（自己評価レベル3/教員評価レベル2）」、「看護者としての自己評価・今後の課題（4/2）」の評価が高く、自己評価が教員評価に比べて低い群は、「侵襲と生体反応・回復過程の理解（2.5/3.5）」、「看護計画の立案（2/3）」、「看護の客観的評価（2.5/3）」の評価が低かった。

今後の課題は、学生が科学的に対象の心理・社会的側面を理解できるようサポートすること、目標の到達度を適宜フィードバックし学生の自己効力感を支えることが必要であると考えた。

I. 緒言

近年の医療技術の進歩、グローバル化や情報化の進展、少子高齢化など、医療を取り巻く環境の急速な変化にともない、看護にも高度な知識・技術・実践能力が求められる。2008年に公表された「学士課程教育の構築に向けて」（中央教育審議会大学分科会）では、「グローバル化する知識基盤社会において、学士レベルの資質能力を備える人材養成は重要な課題である」と述べられている。

Investigation of clues for educational intervention in Clinical Practicum in Adult Critical Care
— Analysis of the self-evaluation of the student and the teacher evaluation using Rubric

Eri Ikuta, Chitose Arakawa, Kanako Yamane, Ayumi Ito, Miwa Nakagawa, Kazumi Yokoi, Yoko Itojima

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2015年9月30日受付、2016年1月9日受理

連絡先：生田 宴里

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail：ikuta_e@nurse.usp.ac.jp

特に、看護学生にとって臨床実習は看護職に就くものとして講義で得た基本的な知識、技術及び態度を自らの体験を通し学ぶ上で不可欠なものであるため、看護基礎教育における看護実践能力の育成にとって重要な位置を占めるものである。

学士課程教育における学修成果の評価については、これまで種々の取り組みがおこなわれてきた。2011年に改正された大学設置基準の第二十五条の二「成績評価基準等の明示等」に、「大学は、学修の成果に係る評価及び卒業の認定に当たっては、客観性及び厳格性を確保するため、学生に対してその基準をあらかじめ明示するとともに、当該基準にしたがって適切に行うものとする。」と明記されている。また、2012年に公表された「新たな未来を築くための大学教育の質的転換にむけて～生涯学び続け、主体的に考える力を育成する大学～」(中央教育審議会答申)には、学士過程教育の質的転換のための具体的方策の一つとして、学修成果の客観的な評価手段を明確化することが明示されている。

このような状況のなか、近年、成績評価方法としてルーブリックが重要視されている。ルーブリックとは、評価指標と、評価指標に即した評価規準のマトリックスで示される配点表をもちいた成績評価方法のことである。こ

のルーブリックを導入することにより、学生は到達すべき目標や自己の課題を明確にすることができるとともに、教員と学生が共通認識をもって同じ目標にむかって課題に取り組むことができると考える。

今回は、成人クリティカルケア実習の学生の自己評価と教員の総合評価を分析し、当実習における教育的介入の手がかりについて検討する。

II. 研究方法

1. 対象

2013年度（ルーブリック導入前）および2014年度（ルーブリック導入後）の「成人クリティカルケア実習」の単

位を修得し、研究の趣旨に同意が得られた学生120名（2013年度：59名、2014年度：61名）の、学生の自己評価と教員の総合評価を分析対象とした。教員の総合評価は、複数の教員と臨床指導者による総合評価である。

2. 方法

1) ルーブリック導入前後における学生・教員間の評価の差

2013年度と2014年度の学生の自己評価と教員の総合評価の点数差（絶対値）を比較する。なお、2014年度の成人クリティカルケア実習の成績評価は、ルーブリックを導入した表1の成績評価表をもちいておこなった。

表1 平成26年度 成人クリティカルケア実習 成績評価表（抜粋）

| 到達目標 | 成績評価基準 | | | | |
|--|--|---|---|---|---|
| | レベル1 | レベル2 | レベル3 | レベル4 | レベル5 |
| 1. 周手術期にある患者の病態生理、手術治療や麻酔法とその影響、回復過程に関する基礎的理解ができる。 | 周手術期にある患者の、基本的な病態生理、手術治療や麻酔法とその影響、回復過程に関する知識について、説明できない。 | 周手術期にある患者の、基本的な病態生理、手術治療や麻酔法とその影響、回復過程について、説明できる。 | 周手術期にある受け持ち患者の、病態生理、手術治療や麻酔法とその影響、回復過程について、説明できる。 | 周手術期にある受け持ち患者の、病態生理、手術治療や麻酔法とその影響、回復過程について、科学的根拠にもとづいて述べることができる。 | 周手術期にある受け持ち患者の、病態生理、手術治療や麻酔法とその影響、回復過程について、科学的根拠にもとづいて説明できる。 |
| 2. 周手術期にある患者とその家族（重要他者）の心理的ストレス状況の理解と対処への働きかけを理解できる。 | 周手術期にある患者とその家族（重要他者）の基本的な心理的ストレス状況とその対処への働きかけについて説明できない。 | 周手術期にある患者とその家族（重要他者）の基本的な心理的ストレス状況とその対処への働きかけについて説明できる。 | 周手術期にある受け持ち患者とその家族（重要他者）の心理的ストレス状況とその対処への働きかけについて説明できる。 | 周手術期にある受け持ち患者とその家族（重要他者）の心理的ストレス状況とその対処への働きかけについて、科学的根拠にもとづいて述べることができる。 | 周手術期にある受け持ち患者とその家族（重要他者）の心理的ストレス状況とその対処への働きかけについて、科学的根拠にもとづいて説明できる。 |
| 3. 急性期、回復期、社会復帰における患者とその家族（重要他者）への看護計画を立案できる。 | 受け持ち患者とその家族（重要他者）に対する基本的な看護計画を立案できない。 | 受け持ち患者とその家族（重要他者）に対する基本的な看護計画を立案できる。 | 受け持ち患者とその家族（重要他者）の個性をふまえた看護計画を立案できる。 | 受け持ち患者とその家族（重要他者）の個性をふまえた看護計画について、科学的根拠にもとづいた援助の方法を導き出すことができる。 | 受け持ち患者とその家族（重要他者）の個性をふまえた看護計画について、科学的根拠にもとづいた援助の方法を創造できる。 |
| 4. 周手術期にある患者とその家族（重要他者）の生命と権利を尊重した看護を実施できる。 | 周手術期にある患者とその家族（重要他者）の生命と権利を尊重した看護を実施できない。 | 周手術期にある患者とその家族（重要他者）の生命と権利を尊重した看護を説明できる。 | 周手術期にある患者とその家族（重要他者）の生命と権利を尊重した看護を、その時の状態に合わせて実施できる。 | 周手術期にある患者とその家族（重要他者）の生命と権利の尊重した看護を、回復過程に応じて（時間経過の中で）実施できる。 | 周手術期にある患者とその家族（重要他者）の回復を促す援助を創造できる。 |
| 5. 実施した看護に対して、客観的に評価できる。 | 実施した看護による患者への影響について、述べることはできない。 | 実施した看護による患者への影響について、述べることはできる。 | 実施した看護による患者への影響について、客観的に述べることはできる。 | 実施した看護について、科学的根拠にもとづいて述べることができる。 | 実施した看護について、科学的根拠にもとづいて説明できる。 |

| 到達目標 | 成績評価基準 | | | | |
|---|---|--|---|---|--|
| | レベル1 | レベル2 | レベル3 | レベル4 | レベル5 |
| 6. 周手術期の患者の援助をとおして、医療チームや学生グループにおける自己の役割・責任にもとづく行動をとれる。 | 自己の役割・責任について説明できない。 | 自己の役割・責任にもとづく行動について説明できる。 | 自己の役割・責任にもとづく行動がとれる。 | チーム全体の状況を考慮して、自己の役割・責任にもとづく行動がとれる。 | 自己の役割・責任にもとづく行動をとり、協働して自己の役割・責任にもとづく行動がとれる。 |
| 7. 周手術期の看護について、看護および看護に関連する概念や理論を活用し、論理的に洞察する。 | 看護および看護に関連する概念や理論を活用し、実施した看護を振り返ることができない。 | 看護および看護に関連する概念や理論を活用し、実施した看護を振り返ることができる。 | 看護および看護に関連する概念や理論を活用して実施した看護を振り返り、新たな気づきを述べるができる。 | 看護および看護に関連する概念や理論を活用して実施した看護を振り返り、新たな気づきを説明できる。 | 看護および看護に関連する概念や理論を活用して実施した看護を振り返り、生命の危機的状況にある患者とその家族の看護について洞察する。 |
| 8. 周手術期にある患者とその家族（重要他者）の看護をとおして、自己の看護への思いを表現できる。 | 実施した看護をとおして、自己の看護への思いを述べるができない。 | 実施した看護をとおして、自己の看護への思いを述べるができる。 | 周手術期にある患者とその家族（重要他者）の看護をとおして、自己の看護への思いを述べるができる。 | 周手術期にある患者とその家族（重要他者）の看護をとおして、自己の看護への思いを記述できる。 | 周手術期にある患者とその家族（重要他者）の看護をとおして、自己の看護への思いを説明できる。 |

2) 本学の成人クリティカルケア実習における教育的介入の手がかりについて

1) で使用した2014年度のデータから学生の自己評価と教員の総合評価の点数差が第3四分位数の7より大きい16名を抽出して「教員の総合評価より学生の自己評価の点数が高い」群（以下、「自己評価>教員評価」群）（8名）、「学生の自己評価より教員の総合評価の点数が高い」群（以下、「自己評価<教員評価」群）（8名）にわけ、第3四分位数が7より小さい45名を「自己評価=教員評価」群とした。そして、その3群について8つの到達目標ごとに評価（成績評価基準の5段階のレベル）を分析した。

3. 分析方法

2013年度と2014年度の学生の自己評価と教員の総合評価の点数差（絶対値）を比較するにあたり、各年度の中央値と四分位範囲を算出して比較した。

今回は、本学の成人クリティカルケア実習における教育的介入の手がかりについて検討することを目的としているため一般化のための統計学的検定はもちいない。また各年度のデータはノンパラメトリックであることから、中央値と四分位範囲をもちいて比較した。

4. 倫理的配慮

大学倫理審査委員会承認後、対象者に研究の趣旨を説明し実習成績表の使用について口頭と紙面で同意を得た。また、研究の参加・不参加による成績への影響はまったくないことを説明した。

III. 研究結果

1. ルーブリック導入前後における学生・教員間の評価の差（図3）

学生の自己評価と教員の総合評価の点数差（絶対値）の中央値は、2013年度は6（2 - 11）（図1）、2014年度は4（2 - 7）（図2）であった。また、点数差の平均値は、2013年度は7.1 ± 0.75、2014年度は5.2 ± 0.55であった。

2. 本学の成人クリティカルケア実習における教育的介入の手がかりについて

「自己評価>教員評価」群（図4）は、8つの到達目標のすべてにおいて教員の総合評価より学生の自己評価が高かった。特に、到達目標2「周手術期にある患者とその家族（重要他者）の心理的ストレス状況の理解と対処への働きかけを理解できる。」では学生の自己評価の中央値3に対し教員の総合評価の中央値2、到達目標8「周手術期にある患者とその家族（重要他者）の看護をとおして、自己の看護への思いを表現できる。」では学生の自己評価の中央値4に対し、教員の総合評価が2という結果であった。

一方、「自己評価<教員評価」群（図5）は、8つの到達目標のすべてにおいて教員の総合評価より学生の自己評価が低かった。特に、到達目標1「周手術期にある患者の病態生理、手術治療や麻酔法とその影響、回復過程に関する基礎的理解ができる。」では学生の自己評価の中央値2.5に対し教員の総合評価の中央値3.5、到達目標3「急性期、回復期、社会復帰における患者とその家

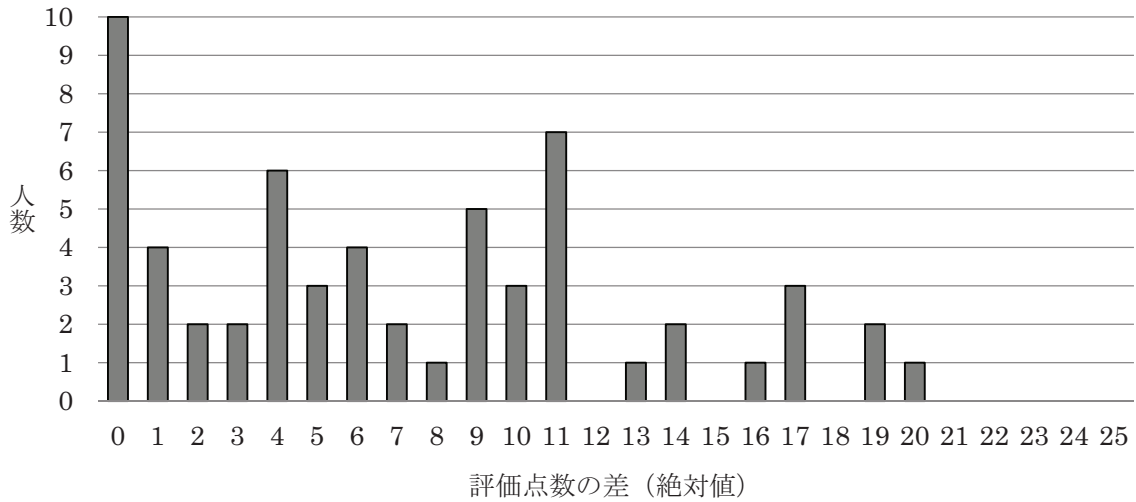


図1 2013年度 成人クリティカルケア実習 学生の自己評価と教員総合評価点数の差 (絶対値)

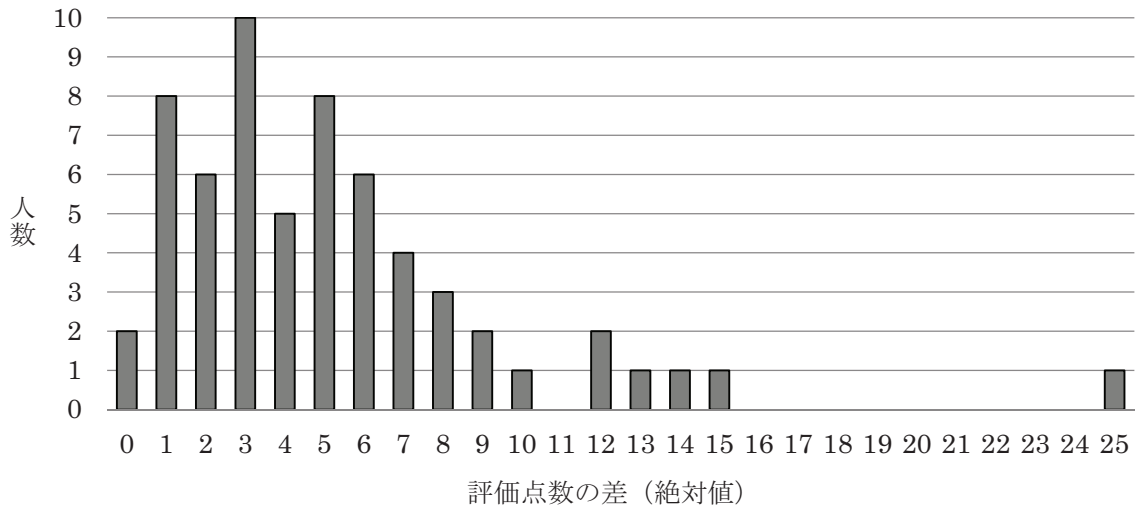


図2 2014年度 成人クリティカルケア実習 学生の自己評価と教員総合評価点数の差 (絶対値)

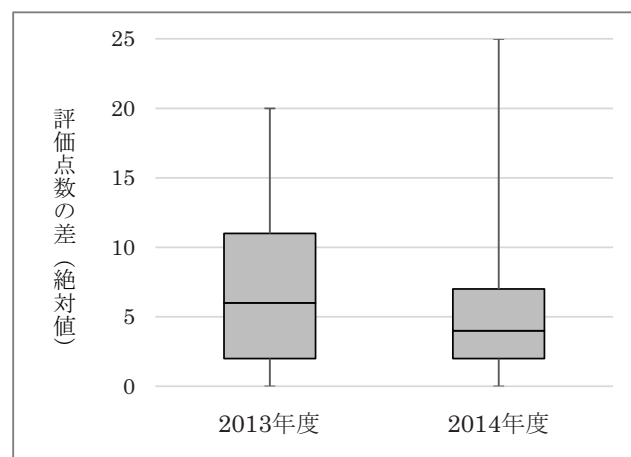


図3 成人クリティカルケア実習 学生の自己評価と教員総合評価点数の差 (絶対値)

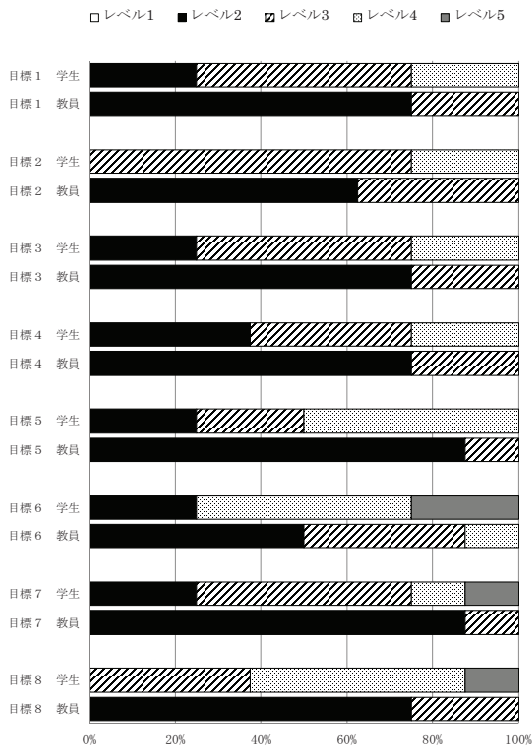


図4 2014年度 成人クリティカルケア実習評価 学生と教員の比較 (-25点~-7点の差)

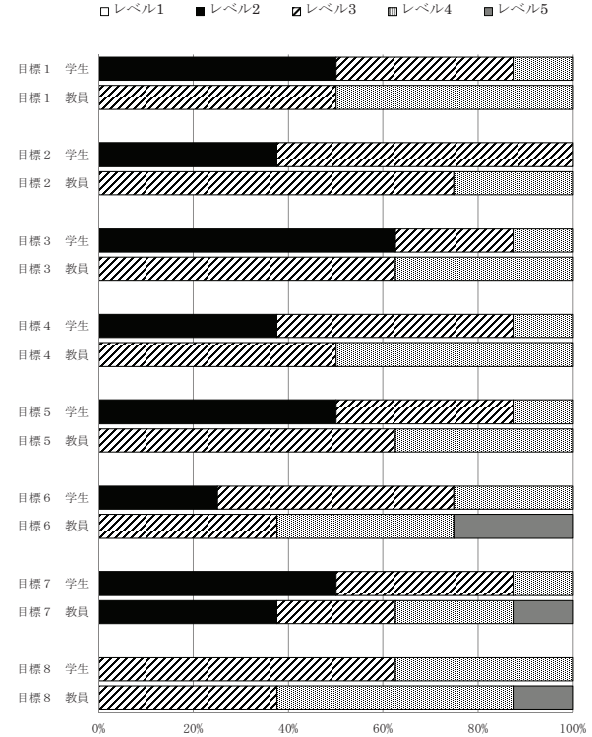


図5 2014年度 成人クリティカルケア実習評価 学生と教員の比較 (+7点~+15点の差)

族(重要他者)への看護計画を立案できる。」では学生の自己評価の中央値2に対し教員の総合評価の中央値3、到達目標5「実施した看護に対して、客観的に評価できる。」では学生の自己評価の中央値2.5に対し教員の総合評価の中央値が3という結果であった。

また、学生の自己評価と教員の総合評価にあまり差がない「自己評価=教員評価」群(図6)においても、到達目標5「実施した看護に対して客観的に評価できる。」ではレベル2の評価が学生で約33%(15名)、教員で約18%(8名)、到達目標6「周手術期の患者の援助をとおして、医療チームや学生グループにおける自己の役割・責任にもとづく行動をとれる。」ではレベル5の評価が学生で20%(9名)、教員で約38%(17名)という差を認めた。

IV. 考 察

1. ルーブリック導入前後における学生・教員間の評価の差

2014年度の学生・教員間の評価点数の差が縮小したことから、ルーブリックの導入によって、学生と教員が目標を共通認識し、客観的に評価できるようになったと考

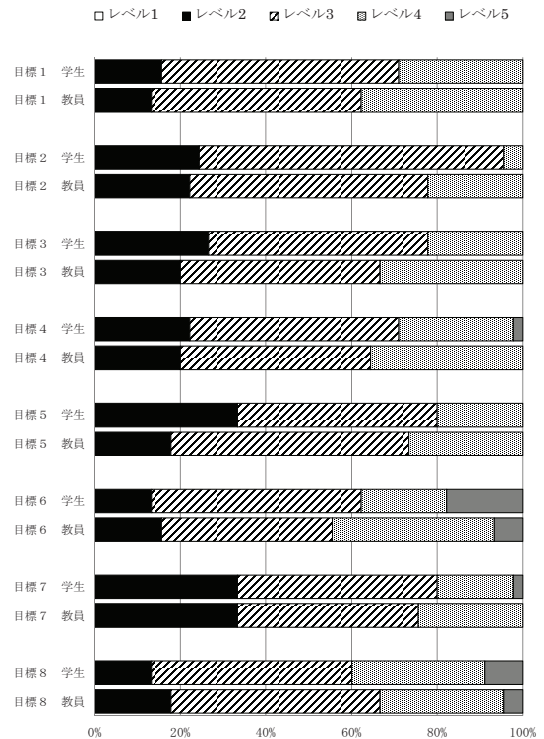


図6 2014年度 成人クリティカルケア実習評価 学生と教員の比較 (-6点~+6点の差)

える。

2. 本学の成人クリティカルケア実習における教育的介入方法の課題

まず「自己評価>教員評価」群は、特に心理・社会的側面の理解、看護者としての自己評価と課題についての評価が高い傾向を認めた。これは、心理・社会的側面を捉えることについて、教員はストレスコーピング理論やセルフケア理論などを持ちいて対象を科学的に理解することを求めているが、学生は表面的・短絡的に捉えがちであるため、到達目標についての認識に隔たりが生じていると考えられる。また、看護者としての自己評価が高いことについては、学生に対し到達目標ごとの達成度を適宜フィードバックし、客観的な評価をおこなうことが必要であると考えられる。しかし、学生にとって臨地実習の第1週目は周手術期にある受け持ち患者の身体的側面を理解することで精いっぱい状況であり、到達目標ごとに達成度を振り返るための時間を設けることも難しい。そのため、第2週目になってようやく心理・社会的側面に注目することで、自分自身の看護を客観的に振り返ることができるという現状である。学習面については、本来ならば臨地実習開始までの講義・演習のなかで学生自身が事前学習して準備を整えておくことが必要不可欠であるが、実際に患者を受け持って経験することでしかその重要性に気づくことができない学生も少なくない。そのため、臨地実習に臨むまでの段階でレディネスを高めるための教育的介入について検討する必要がある。また、実習中の学生への到達目標ごとの客観的な評価については、鈴木らが、成人看護学実習における「中間評価により、実習の結果に対して自己の努力不足などの原因と今後の方向性を考え、主体的に学習ができた学生は、自らの目標達成そのものをめざす行動を引き起こす動機を高めることができる」と報告している。(鈴木ら、2005)そのため、到達目標ごとに達成度を評価して学生にフィードバックするための具体的な実施時期や方法について検討する必要がある。

次に「自己評価<教員評価」群は、身体的側面の理解と看護過程の展開について自己評価が低いことから、実習中の看護実践について自信がなく不安が大きいために推察される。また、自己の課題に気づくことができるが故に自己評価を低くする傾向があるのではないかと考える。

最後に、学生の自己評価と教員の総合評価にあまり差

がない「自己評価≒教員評価」群であるが、到達目標別にみると、特に到達目標5と到達目標6で評価の差を認めた。これらの2つの項目は、教員の総合評価に比べて学生の自己評価が低いという結果であったため、学生ができていないことは適宜フィードバックして伝えていくことにより、学生の自己効力感を支えることが大切であると考えた。

V. 結 語

今後の課題として、科学的根拠にもとづき対象の心理・社会的側面を理解できるようサポートすること、目標に対する到達状況を適宜フィードバックし、学生の自己効力感を支えることが必要であると考えた。

文 献

- 1) 文部科学省 中央教育審議会大学分科会 制度・教育部会：学士教育過程の構築に向けて（審議のまとめ）、2008年3月25日
- 2) 大学設置基準（最終改正：平成24年5月10日文部省科学省令第23号）：第六章第二十五条
- 3) 文部科学省 中央教育審議会：新たな未来を築くための大学教育の質的転換に向けて～生涯学び続け、主体的に考える力を育成する大学へ～（答申）、2012年8月28日
- 4) 高浦勝義：絶対評価とルーブリックの理論と実際、第1版、2004、株式会社黎明書房
- 5) ダネル・スティーブンス、アントニア・レビ（著）、佐藤浩章（監訳）、他：大学教員のためのルーブリック評価入門、2014、玉川大学出版部
- 6) 文部科学省 中央教育審議会大学分科会 大学教育部会：学士課程教育に関するこれまでの大学審議会答申等の主な提言について
- 7) 文部科学省 中央教育審議会大学分科会 大学教育部会（第8回）：濱名委員説明資料、2011年12月9日
- 8) 沖裕貴：大学におけるルーブリック評価の実際—公平で客観的かつ厳格な成績評価を目指して—、立命館高等教育 第14号、71-90、2014
- 9) 鈴木はるみ、澁谷貞子：成人看護学実習における中間評価と達成動機との関連（その2）、桐生短期大学紀要16号、37-42、2005

(平成18年5月17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。

活動と資料：看護活動に関する実践報告、調査報告、有用な資料など。

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

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

学部広報：人間看護学部の動向や記録事項など。

(2) 原稿の種別は著者が行うが、編集委員会が種別変更を求める場合がある。

5. 原稿の制限事項

(1) 投稿原稿は、国内外を問わず未発表のものに限り、重複投稿は禁止する。

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

原著・総説・研究ノート：12頁以内

活動と資料：6頁以内

他の原稿は2頁以内とするが、学部広報は制限を設けない。

6. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的な配慮がさ

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

7. 投稿手続

(1) 原稿3部（うち2部は表紙・抄録から著者名・所属名を削除する）を編集委員会に提出する。

(2) 最終修正原稿を提出するときには、本文をワード形式で、図表をワード・エクセル形式で保存したパソコン記憶媒体（CD、USBなど）を添付する。

(3) 提出場所

持ち込みの場合：編集委員会

郵送の場合：封筒の表に「人間看護学研究原稿」と朱書きし、下記に書留郵送する。

〒522-8533 彦根市八坂町2500

滋賀県立大学人間看護学部

人間看護学研究編集委員会

8. 原稿の受付

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

9. 原稿の採否

(1) 原稿の採否は査読を経て編集委員会が決定する。

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

10. 著者校正

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

11. 執筆要領

原稿の執筆要領は別に定める。

12. 著作権

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

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

13. 掲載料・別刷

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

原稿執筆要領

(平成24年1月25日改正)

1. 原稿構成

- (1) 原稿は、表題頁、要旨、本文、文献、英文抄録、図・表の順とする。和文要旨、英文抄録の各末尾に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（1,000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. 緒言、II. 研究方法、III. 研究結果、IV. 考察、V. 結語、の順に記載する。「総説」「活動と資料」の場合はこれに準じなくても良い。
- (5) 文献の記載は、2.(9)に従う。
- (6) 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版横書きで、1頁1200字（40字×30行）になるように作成する。
- (3) 原稿は、原則として、新仮名づかい、当用漢字を使用する。
- (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、℃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、本文原稿右欄外にそれぞれの挿入希望位置を朱書きする。
- (8) 文献は、本文の引用箇所の肩に1) 2) のように半角上付き番号で示し、本文の最後に引用した番号順に記載する。雑誌略名は医学中央雑誌、Index Medicus, International Nursing Index に従う。
- (9) 文献の記載方法

著者名は3名までを表記し、それ以上は、“他”または“et al.”を用いる。

記述の順序は以下のとおり。

- ・雑誌の場合：著者名：論文題名、雑誌名、巻（号）：最初頁～最終頁、発行年
- ・単行書の場合：著者名、書名（版）、引用頁、発行年、発行所、発行地名
- ・分担執筆の場合：著者名、章の標題（編者名）、書名（版）、引用頁、発行所、発行地名
- ・訳書の場合：原著者名、訳者名、書名、引用頁、発行年、発行所、発行地名

(例)

滋賀一郎, 琵琶花子, 八坂太郎, 他: 看護の方法. 看護雑誌30, 311-315, 2011.

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

滋賀一郎, 琵琶花子: 看護研究の方法. (明智太郎 他, 編) 人間看護研究, 第3版, 333-354, 1995, ナーシング出版, 大津.

Biwa AB, Johnson P (著), 滋賀一郎 (訳): 看護研究, 第3版, 333-354, 1995, ナーシング出版, 大津.

目 次

巻頭言

甘佐京子

研究ノート

看取りまでの介護者の思いと在宅介護で望む支援

和田幸子, 谷口里江, 橋本陽子, 松浦和美, 大谷愛子,
植村小夜子 1

精神科看護におけるかかわり (involvement) 研修の開
発と評価

牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 山下真裕子, 清水康男
..... 9

新人看護職員研修をサポートするプリセプター支援者ま
たは教育担当者に関する研究の文献検討

馬場さゆり, 窪田好恵, 伊丹君和 17

炎症性腸疾患患者における国内の看護研究の動向と看護
課題

河内恵美, 横井和美, 糸島陽子, 奥津文子 23

在宅療養者への看護診断適用: 診断ラベル選定とアセス
メントリスト作成

森 敏, 植村小夜子, 伊丹君和, 畑中裕司 31

ルーブリックを活用したエンドオブライフケア実習評価
と課題 ~学生評価と教員評価からの検討~

伊藤あゆみ, 糸島陽子, 中川美和, 生田宴里, 横井和美,
荒川千登世 41

本学の成人クリティカルケア実習における教育的介入の
手がかりについての検討

ルーブリックを用いた学生と教員の評価の分析から—
生田宴里, 荒川千登世, 山根加奈子, 伊藤あゆみ,
中川美和, 横井和美, 糸島陽子 47

Contents

Foreword

Kyoko Amasa

Notes

Caregivers' feelings until end-of-life care and support
they require for care at home

Sachiko Wada, Rie Taniguti, Yoko Hashimoto, Kazumi
Matsuura, Aiko Otan, Sayoko Uemura 1

The Development and Evaluation of a Training
Program of "Involvement" in Psychiatric Nursing

Koji Makino, Hayato Higa, Kyoko Amasa,
Mayuko Yamashita, Yasuo Shimizu 9

An Overview of support preceptor and education
person to support the new graduate nurse training

Sayuri Baba, Yoshie Kubota, Kimiwa Itami 17

Trends and nursing issues of domestic nursing resech
of Inflammatory bowel disease patients

Emi kawachi, Kazumi Yokoi, Yoko Itojima,
Ayako Okutsu 23

Application of the nursing diagnoses to the home care
person : Selection of nursing diagnosis and making of
assessment list

Satoru Mori, Sayoko Uemura, Kimiwa Itami,
Yuji Hatanaka 31

Evaluation of the practice of the end of life care by
rubric system

—onsideration from student evaluation and teacher
evaluation—

Ayumi Ito, Yoko Itojima, Miwa Nakagawa, Eri Ikuta,
Kazumi Yokoi, Chitose Arakawa 41

Investigation of clues for educational intervention in
Clinical Practicum in Adult Critical Care

—Analysis of the self-evaluation of the student and
the teacher evaluation using Rubric—

Eri Ikuta, Chitose Arakawa, Kanako Yamane,
Ayumi Ito, Miwa Nakagawa, Kazumi Yokoi, Yoko
Itojima 47