ISSN 2185-4475

自治医科大学看護学ジャーナル

Jichi Medical University Journal of Nursing

第 8 巻

2010

目　　次

原　著

緊急母体搬送され，その後に出産し，さらに逆搬送となった母親の体験
小嶋由美・佐藤君江・渡辺　博・成田　伸 ……5

中学生への福祉教育における看護職による支援の効果と意義
鈴木久美子・関山友子・島田裕子・塚本友栄
工藤奈織美・春山早苗・青木さぎ里・福田順子 ……17

ペースメーカー埋め込み術を受けた患者の退院後の日常生活における
困難とその対応
段ノ上秀雄・中村美鈴・﨑田マユミ・内海香子
北村露輝・松浦利江子 ……35

心筋梗塞を発症した成人の復職に伴う困難と対応　第1報
平良由香利・中村美鈴・内海香子 ……51

ユニットケアを実施している介護老人保健施設における認知症高齢者への
安全なケア提供上の困難と工夫―ケアスタッフへのインタヴュー調査より
長井栄子・井上映子 ……61

早期産体験の癒し尺度改訂版の構成概念妥当性の検討
中島登美子・清水嘉子 ……75

カンガルーケアを実施した母親の愛着と抑うつが早期産体験の癒しに及ぼす影響
中島登美子 ……85

報　告

根治治療終了後に再び化学療法を受ける乳がん患者の療養態度の個別分析
飯塚由美子 ……93

血糖調節機能障害をもつ成人の体験型学習による演習プログラムでの
学生の学びと教育方法の検討
内海香子・中村美鈴　……105

母性看護専門看護実習として展開したへき地医療拠点病院における
新生児蘇生法の導入とその成果
高橋斉子・高木友子・立木歌織・沼尾美津穂・小嶋由美
渥美清恵・荒川直美・手塚久恵・粂川舞衣夢
角川志穂・小川朋子・齋藤良子・成田　伸　……119

NICU入院中の児を持つ母親の搾乳に関する実態調査
立木歌織・高橋斉子・高木友子・沼尾美津穂・天谷恵美子
金田陽子・寒河江かよ子・塚田祐子・藤川智子・角川志穂
小川朋子・齋藤良子・成田　伸　……125

都市部における感染症健康危機管理にかかわる保健活動
春山早苗・山口佳子・櫻山豊夫・倉橋俊至・筒井智恵美
堀裕美子・北島信子・有馬和代・川人礼子・塚本友栄
島田裕子・関山友子　……133

新生児集中治療室（NICU）の新人教育における技術到達度評価
樋貝繁香・中島登美子・石田寿子
小西克恵・天谷恵美子・大海佳子　……151

急性骨髄性白血病患者が移植実施を選択しない意思決定に影響を与える要因
渡邉百合・福士嗣海・木村真理・三浦佐都美・渡邉朋美
奥村友佳・関　友子・福井久美・大出彩香・稲川敏江
上野久子　……159

資　料

自治医科大学附属病院に入院する患者の転倒に関する現状
宇城　令・樋口一江・市田　勝・井上佐代子・大柴幸子
大貫紀子・寺山美華・河野龍太郎・長谷川　剛　……163

一次救命処置研修会に参加した看護学生の一次救命処置実施に対する
自己評価の経時変化
川上　勝・宇城　令・段ノ上秀雄・長井栄子
和久紀子・﨑田マユミ・井上映子・中村美鈴　……171

看護学部看護系教員共同研究報告

看護業務の相対的評価に関する研究
―高齢者に関わる看護業務の分析から―　……177

根拠に基づく実践（Evidence Based Practice）～ ……181
①新生児集中治療室（NICU）におけるデベロップメンタルケアに関する文献検討
②新生児集中治療室（NICU）における新人看護師の技術到達度評価の現状と課題

地域資源を利用している精神障害者の健康管理に関する研究 ……183

地域支援病院への派遣勤務が助産師のキャリア発達に与える影響 ……185

乳がん患者の地域連携パス作成に関する基礎調査 ……187

不妊女性の心理的サポート・プログラム考案の試み　―第 1 報― ……189

ALS患者の療養生活支援における医療機関地域連携部門の看護職の役割に関する研究 ……191

微弱無線タグを用いた看護師の所在確認システムの試験運用 ……193

児がNICU入院中の母乳育児支援の効果についての研究 ……195

ペースメーカー埋め込み術を受けた患者の退院後の生活における困難とその対応 ……199

投稿規程 ……203

編集後記 ……206

原　著

緊急母体搬送され，その後に出産し，さらに逆搬送となった母親の体験

小嶋由美[1)]・佐藤君江[1)]・渡辺　博[1)]・成田　伸[2)]

抄録：本研究の目的は，周産期医療の一次医療施設であるクリニックから三次医療施設である総合周産期母子医療センターに緊急母体搬送され，その後に出産し，さらに逆搬送となった母親の体験を明らかにし，逆搬送を体験する母親の看護における今後の課題を検討することである。質的帰納的研究方法を用いて，対象者の背景データの構造化面接と，緊急母体搬送に至るまでの体験，母体搬送後から出産までの体験，その後逆搬送となった体験についての半構造化面接を行った。母親3名から得られたデータから，12のカテゴリーを抽出した。対象者は，【自分にとって意味のあるクリニックの選択】，【緊急母体搬送されるしかないという納得】，【自分と同じような妊婦がたくさんいることでの状況の納得】，【逆搬送を受けようという決意】があり，緊急母体搬送され，早産で出産し，逆搬送されるような急激に変化する状況の中にあっても，母親がその時点時点で，自分なりに状況を理解し自分の意思を持って納得あるいは選択していたことがわかった。一方で，逆搬送を勧められる可能性のある母親に対して看護者は，逆搬送による母子への不利益を最小限にするために，逆搬送を選択する客観的な判断を助け，母親が逆搬送を選択する意思を尊重し保証することが必要であることが示唆された。

キーワード：逆搬送，体験，緊急母体搬送

Ⅰ．はじめに

近年，周産期医療状況の悪化により，産科の第3次救急を引き受ける総合周産期母子医療センターは慢性的な受け入れ不能状態に陥っている。そのため，緊急母体搬送後に状態が安定した妊婦あるいは母子を搬送元の施設に「逆搬送」することが行われるようになっている。逆搬送の対象となる妊婦あるいは母親は，医学的には安定しており，従って安定した状態の人としての対応を受けている。しかし，母親側からみれば，緊急母体搬送によって母親は心身に大きな負担を受けていることが佐藤ら[1)]の研究からも明らかにされている。さらに逆搬送受ける母親においては大きな心身の負担が生じていることが予測できるが，逆搬送は近年になって生じている状況であり，逆搬送を受ける母親側の問題や看護の在り方が，まだ明らかにされていない。

そこで，本研究の目的は，一次医療施設であるクリニックから，三次医療施設である総合周産期母子医療センターに緊急母体搬送になり，その後に出産し，さらに逆搬送となった母親の体験を明らかにし，逆搬送を体験する母親の看護における今後の課題を検討することである。

Ⅱ．研究方法

本研究は母親の体験を明らかにするために質的帰納的研究デザインとした。

1．データ収集期間：2008年8月から10月

[1)] 獨協医科大学病院総合周産期母子医療センター産科部門
[2)] 自治医科大学看護学部

２．対象：一次医療施設から総合周産期母子医療センターに緊急母体搬送後，元の一次医療施設に逆搬送された母親。逆搬送後退院し，母子とも安定した状態の母親とし，妊娠週数と分娩様式の条件は指定してない。

３．調査協力施設：D大学病院総合周産期母子医療センター（以下センターとする）と連携施設であり，研究協力の得られた一次医療施設（以下クリニックとする）11施設。

４．研究協力依頼について

１）施設に対する協力依頼

Ｊ大学院看護学研究科における看護学倫理審査会の承認後，D大学生命倫理委員会の承認を得た。

２）対象者に対する協力依頼

選定条件に該当する対象者をセンターの看護師長から紹介してもらい，対象者に研究依頼について口頭と文章で説明を行った。対象者が逆搬送後，クリニックを退院してから一ヶ月健診の頃を目安に，対象者自身が心身の状態が落ち着いたと思われた時点において，研究協力に同意する場合には連絡先と面接先の場所を指定し研究者に郵送してもらうこととした。

５．データ収集について

対象者の基礎データについては，構造化面接により，年齢・妊娠分娩歴・母体搬送適応診断・分娩適応・出生時の母子の状態・逆搬送の適応を聴取した。また，半構造化面接では「周産期センターに救急車で転院し，出産後に元の病院に救急車で戻るという体験をされた中で印象に残っている体験についてお話し下さい」という質問を行った。面接は，分娩後22日から43日で行われた。インタビューは1回で，時間は53分から72分であった。

６．分析方法

１）個別分析

面接から得られた逐語録に基づき質的帰納的分析を行い，意味のあるまとまりをローデータとした。ローデータを簡潔に一文でまとめたものを一次コードとした。さらに一次コードの類似性でまとめたものを二次コードとした。

２）全体分析

個人分析で得られた全対象者分のコードをまとめ，類似性でコード化を繰り返し，カテゴリーを抽出した。この過程でこれ以上抽象化できなくなった時，その最後のコードのまとまりをカテゴリーとし，その前段階のまとまりをサブカテゴリーとした。

３）分析結果の妥当性

分析には母性看護学研究者1名のスーパービジョンを受け他分野の看護学研究者2名の助言を受け，妥当性を確保した。

７．倫理的配慮

対象者の権利を保護するために，研究への参加は自由意志であり，いつでも研究を辞退でき不利益は被らないこと，研究者の守秘義務，データの取り扱い，個人情報すべては研究終了後適切に消去することなどについて口頭と文章で説明し同意書を得た。また，対象者の心身的な負担やインタビューにより対象者の深い喪失体験に関わる可能性を考慮し，心理的反応が生じている場合は，面接を中断できることを申し出るなど細心の注意を払いながら行った。さらに心理的負担が生じた場合のカウンセリングのサポートをセンターの看護師長に受けられることを説明した。

Ⅲ．結果

１．対象者の概要

対象者は3名であった。年齢は20代から30代，妊娠27週～34週で切迫早産の診断を受けクリニックからセンターに緊急母体搬送になり，妊娠33週～36週で経腟あるいは帝王切開で早産した。逆搬送は，出産後1日目あるいは5日目に母親のみと，3日目に母子で行われた。

２．分析結果の概要

分析の結果から，緊急母体搬送になり，その後に出産し，さらに逆搬送となった母親の体験として，12のカテゴリーと34のサブカテゴリーが抽出された。得られたカテゴリーとサブカテゴリーを表1に示した。また以下文中では，カテゴリーを【　】，サブカテゴリーを〈　〉で示し，ローデータを「　」で示す。

12のカテゴリーは，【自分にとって意味のあるクリニックの選択】，【緊急母体搬送されるしかないという納得】，【夫の存在がくれる安心】，【先の見通しがつかない中での混乱】，【自分と同じよう

な妊婦がたくさんいることでの状況の納得】，【前向きに頑張る気持ちへの移行】，【家族への負担の申し訳なさ】，【早産になったけれど自分で無事に生んだという満足】，【逆搬送を受けようという決意】，【クリニックでの過ごしが支える逆搬送への満足】，【逆搬送をされた後に残る後悔】，【振り返れば辛さもよい体験】であった。また，これらのカテゴリーの間に図1のような関係があった。

表1　緊急母体搬送後され，その後に出産し，さらに逆搬送となった母親の体験のカテゴリーとサブカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー
自分にとって意味のあるクリニックの選択	自由がきくからクリニックを選んだ
	近いからクリニックを選んだ
	信頼できるからクリニックを選んだ
	母乳育児ができるからクリニックを選んだ
	クリニックで生めないと知って残念に思った
緊急母体搬送されるしかないという納得	自分でもおかしいと気づいていた
	緊急母体搬送が必要なほど危険な状態だった
	センターに行くしかない
夫の存在がくれる安心	夫の顔を見るだけで安心する
	夫が不安をやわらげてくれる
	夫が支えてくれる
先の見通しがつかない中での混乱	急な変化で自分の状況がうまくつかめない
	自分に余裕がなくなるほどの不安を抱えて過ごした
	早産の不安から身動きできない感じで過ごした
	他の妊婦と同じには頑張れないという気持ちだった
自分と同じような妊婦がたくさんいることでの状況の納得	自分と同じような妊婦がいることを知る
	自分と同じような妊婦の存在で気が楽になる
前向きに頑張る気持への移行	もう生まれても大丈夫という安心感で前向きの気持ちになった
	センターの居心地のよさで励まされ頑張る気になる
家族への負担の申し訳なさ	この経験は家族に負担をかけたと強く思う
	夫が大変な中で頑張ってくれた
	会えない上の子に申し訳なさが募る
早産になったけど、自分で無事に生んだという満足	早産だけど、気持ちを切り替えてもう生もうと決められた
	子どもが無事なのを確認できて、早産だけど満足した
逆搬送を受けようという決意	センターで母子別々で過ごす辛さでクリニックに行こうと思う
	子どもへの安心感でクリニックに行ける
	同じ状況の妊婦のためにセンターのベッドを空けてあげなくてはと思う
	家族にかける負担からクリニックに戻りたいと思う
クリニックでの過ごしが支える逆搬送への満足	期待したとおりクリニックでゆっくり過ごせた
	クリニックの医療者との関わりで辛い気持ちから救われた
逆搬送をされた後に残る後悔	クリニックでもう少し関わって欲しかった
	センターでずっと過ごしたかったと後悔する
振り返れば、辛さもよい体験	振り返れば意味なある体験だった
	辛い気持もまだ残る

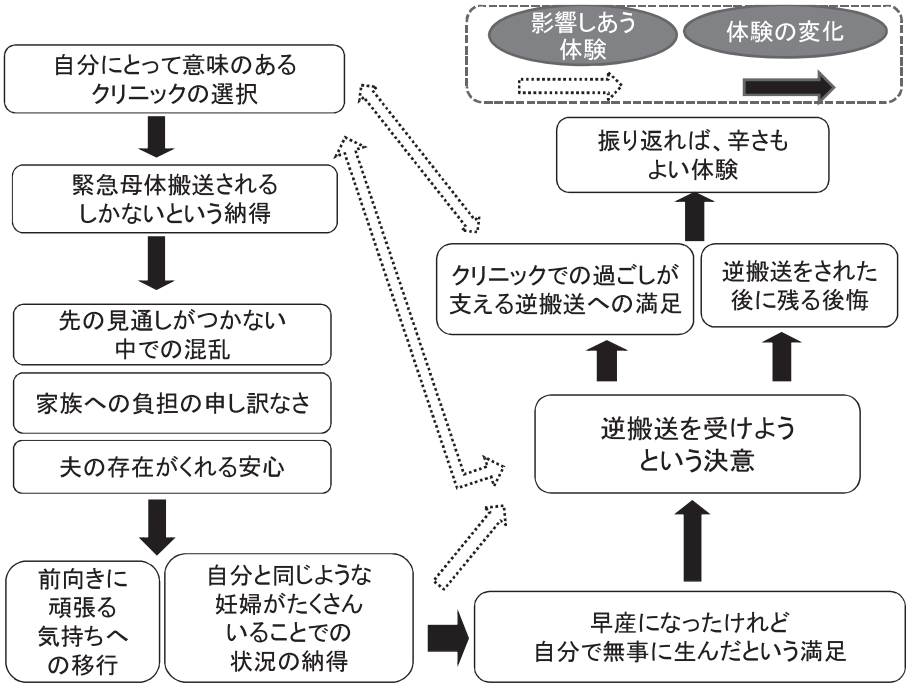

図1　緊急母体搬送になり、その後に出産し、さらに逆搬送となった母親の体験

3．母親の体験から抽出されたカテゴリー

1）【自分にとって意味のあるクリニックの選択】

このカテゴリーは，〈自由がきくからクリニックを選んだ〉〈近いからクリニックを選んだ〉〈信頼できるからクリニックを選んだ〉〈母乳育児ができるからクリニックを選んだ〉〈クリニックで生めないと知って残念に思った〉という5つのサブカテゴリーから成り立っていた。

対象者は，クリニックを出産施設として選択していた。その理由は「自由がきく」「近い」「信頼できる」など様々であり，それは対象者にとって意味があっての選択であった。また，緊急母体搬送されさることになり「看護師さんにここに戻ってきてお産することできますかって聞いたら，一応ここから運ばれた人で滅多に戻ってきてお産した人はいないからって言われたんですよ。だから，残念だなとかやっぱり思ったんです」と，クリニックを選んでいたのに，生めなくなることを聞いて残念に感じたことを話しており，これらから，クリニックの選択がそれぞれにとって意味を持っていることがわかった。

2）【緊急母体搬送されるしかないという納得】

このカテゴリーは，〈自分でもおかしいと気付いていた〉〈緊急母体搬送が必要なほど危険な状態だった〉〈センターに行くしかない〉という3つのサブカテゴリーから成り立っていた。

対象者は，「自分でも何かおかしいと気付いてクリニックを受診した」が，それが「緊急な状態であり，クリニックでは診られずセンターに母体搬送されるしかない状態であるとまでは考えていなかった」。しかし，緊急母体搬送されるしかないという状況について「そこ（センター）です，と決まっていた。小さい子を受け入れてくれる所がそこしかなかった。」と自分には選択する余地がなかったこというものであった。

3）【夫の存在がくれる安心】

このカテゴリーは，〈夫の顔を見るだけで安心する〉，〈夫が不安を和らげてくれる〉，〈夫が支えてくれる〉というサブカテゴリー3つから成り立っていた。

対象者は，緊急母体搬送された直後に「検査が終わって，病室のベッドに着いたときにちょうど（夫が）入ってこれたんですよね。そのときに，やっとほっとしたんですよ。状況が変わるわけではないんですけどね。でもやっと（気持ちが）変わったって。それが一番最初だったし一番印象に残っている」と話しており，入院中は上の子の育児の協力や励ましの言葉など，夫の存在に支えられて過ごすという体験をしていた。

4）【先の見通しがつかない中での混乱】

このカテゴリーは，〈急な変化で自分の状況がうまくつかめない〉，〈自分に余裕がなくなるほどの不安を抱えて過ごした〉〈早産の不安から身動きできない感じで過ごした〉〈他の妊婦と同じようには頑張れないという気持ちだった〉という4つのサブカテゴリーから成り立っていた。

対象者は，「自分がどうなっちゃうんだろうと不安でどれだけダメなのかが分からないから，もう動けなくて一点を見つめたままだった」という，急に緊急母体搬送されることになったことへの戸惑いと，センターに移動になってからの状況の変化に戸惑う気持ちを「病院や病棟の構造が分らず，病室しか分らない，切り離された世界に感じて不安だった」と話し，早産するかもしれないような危険な状態に対する不安が続き「いつ生まれてもおかしくない状態まで来ていて，ちょっと動くと出血して，もうダメなのかとか不安になっていた」，という先の見通しがつかない中での混乱した気持の中で過ごす体験をしていた。

５）【自分と同じような妊婦がたくさんいることでの状況の納得】

このカテゴリーは〈自分と同じような妊婦がいることを知る〉〈自分と同じような妊婦の存在で気が楽になる〉という2つのサブカテゴリーから成り立っていた。

対象者は，状況の混乱や不安から，少し安定した余裕のある状況になり，自分以外にも緊急母体搬送され，入院する妊婦がいることを知ることで，「少しずつ動けるようになって，車椅子で部屋の外に出たとき，他にも入院している人がいるんだと思った」というように，自分と同じような妊婦がいること知り，センターに入院した状況を納得したり，気持ちが楽になるという体験をしていた。

６）【前向きに頑張る気持ちへの移行】

このカテゴリーは〈もう生まれても大丈夫という安心感で前向きの気持ちになった〉〈センターの居心地の良さで励まされる気持ちになる〉というサブカテゴリー2つのから成り立っていた。

対象者は，早産への強い不安を持っていたが，「30週になって，症状も落ち着いてきたので前向きな気持ちが出てきた」というように自信がついたことや，「看護師さんがいろいろ悩むのをちゃんと答えて励ましてくれたから何とかもっていた」というような入院環境の良さから，前向きに頑張ろうとする気持ちが持てるようになったという体験をしていた。

７）【家族への負担の申し訳なさ】

このカテゴリーは，〈この経験は家族に負担をかけたと強く思う〉，〈夫が大変な中で頑張ってくれた〉，〈会えない上の子に申し訳なさが募る〉という3つのサブカテゴリーから成り立っていた。

対象者は，緊急母体搬送され入院したことで，夫から「センターに来るのは結構遠いし時間がかかるから大変だと言われていた」というように夫に負担がかかったことや，「上の子と電話で話したら，すごく不安そうだった」と上の子にかわいそうな思いをさせたという家族への負担の申し訳なさを感じた体験をしていた。

８）【早産になったけれど自分で無事に生んだという満足】

このカテゴリーは，〈早産だけど，気持ちを切り替えてもう生もうと決められた〉，〈子どもの無事が確認できて，早産だけど満足した〉という2つのサブカテゴリーから成り立っていた。

対象者は，早産する状況になったとき「もう生もうねというときに，まだお腹に入れておきたくて泣いてしまった」というような不安や戸惑いを感じたが，看護者の言葉かけなどにより，早産だけれど頑張って自分で生もうと決められる体験をしており，出産後すぐに子どもの無事を確認できたことで早産だけれども満足のいく出産体験となっていた。

９）【逆搬送を受けようという決意】

このカテゴリーは，〈センターで母子別々で過ごす辛さでクリニックに行こうと思う〉，〈子どもへの安心感でクリニックに行ける〉，〈同じ状況の妊婦のためにセンターのベッドを空けてあげなくてはと思う〉，〈家族にかかる負担からクリニックに戻りたいと思う〉という4つのサブカテゴリーから成り立っていた。

対象者は，医師から逆搬送を勧められ，さらに早産したことに自責を感じていたため「ここで赤ちゃんの居るおかあさんと一緒の部屋にいるのは，自分が惨めで耐えられないと思った」ことや，「ちゃんとした施設でこの子が生まれて良かったと思ったし，ここに居れば安心だと思った」と子どもへの安心感があったこと，さらに「冷静になってみたら，自分のような人が，次から次へとここに入院したくて待っているのだと思うと，ベッドを空けないといけないと思った」などの様々な

理由から逆搬送を受けようという決意をした体験をしていた。

10）【クリニックでの過ごしが支える逆搬送への満足】

このカテゴリーは，〈期待していたとおりクリニックでゆっくり過ごせた〉，〈クリニックの医療者の関わりで辛い気持ちから救われた〉という2つのサブカテゴリーから成り立っていた。

対象者は，逆搬送を受け入れ，実際にクリニックに搬送された後には「普通にお産している人を看ている看護師さんなので，早産したことを言われてしまうのか心配だったけど，そういう人もいなかった」と，早産した喪失感情を看護者にも触れられたくない気持ちが守られ，安堵したことについて話された。また，「師長さんが自分の状況を聞いてくれて，振り返って話してくれて，やっぱり聞いてもらったのは良かった」とも話し，母体搬送から分娩に至った経過，早産した気持ち，児への思いなどの分娩想起が，施設を移動した後でもできたことはよかったと話された。このようなクリニックに期待していたような体験をしたり，医療者からの関わりから，逆搬送を受けたことがよかったと思える体験をしていた。

11）【逆搬送をされた後に残る後悔】

このカテゴリーは，〈クリニックでもう少し関わって欲しかった〉，〈センターでずっと過ごしたかったと後悔する〉という2つのサブカテゴリーから成り立っていた。

対象者は，逆搬送を了解したものの，クリニックに逆搬送されたあとになって，「赤ちゃんまだ向こうなんですね，ってそれくらいで終わってしまって話を聞いてくれる人は居なかった」とクリニックに期待していたような関わりが持たれなかったことや，「一ヶ月以上いたんだから最後まで居させてもらえばよかった」と，馴染んでいたセンターでの入院生活を懐かしく感じ，逆搬送を受けなければよかったと後悔した体験をしていた。

12）【振り返れば辛さもよい体験】

このカテゴリーは，〈振り返れば意味のある体験だった〉，〈辛い気持ちもまだ残る〉というサブカテゴリーから成り立っていた。

対象者は，緊急母体搬送されるような辛い体験や，早産の体験をしたことについて，落ち着いて考えられる気持ちになってからは，辛い体験も「夫婦にとっての絆と言うか深まりみたいなものになった」と意味のある出来事だったと感じるようになったり，体験を語る時期には「やっぱり，小さく産んじゃったってことは，退院して一週間くらい経つまではずっと引け目を感じていました」と逆搬送された後もまだ辛い気持が残っているという体験をしていた。

4．カテゴリー間の関係

今回抽出された12のカテゴリー間には以下のような関係性があった。

今回の対象者は，【自分にとって意味のあるクリニックの選択】をしていたが，状況の急変により【緊急母体搬送されるしかないという納得】をして，センターに緊急移送されていた。緊急移送後状態は，【先の見通しがつかない中での混乱】，【家族への負担の申し訳なさ】を経験したが，【夫の存在がくれる安心】，【自分と同じような妊婦がたくさんいることでの状況の納得】をし，【前向きに頑張る気持ちへの移行】を経験し，出産後は【早産になったけれど自分で無事に産んだという満足】を得ていた。

出産後に逆搬送を勧められたときには，【自分にとって意味のあるクリニックの選択】をしたことの，【自分と同じような妊婦がたくさんいることでの状況の納得】をしていたことが関連し【逆搬送を受けようという決意】をしていた。逆搬送後は【クリニックでの過ごしが支える逆搬送への満足】がある一方で，状況によっては【逆搬送をされた後に残る後悔】もあった。しかしその後は【振り返れば，辛さも良い体験】という気持ちに至っていた。

図1に，これらの関係性を示した。

Ⅳ．考察

本研究では，緊急母体搬送をされ，その後に出産し，さらに逆搬送となった母親の体験について調査したが，本稿では特に，逆搬送に関連した部分について考察する。

1．逆搬送をうけた女性の体験

本研究の対象者は，産後に逆搬送を勧められたときに，【自分にとって意味のあるクリニックの選択】【自分と同じような妊婦がたくさんいることでの状況の納得】も影響し【逆搬送を受けようという決意】をしていた。逆搬送後は【クリニッ

クでの過ごしが支える逆搬送への満足】がある一方で，状況によっては【逆搬送をされた後に残る後悔】もあった。

逆搬送の前提となる一次医療機関から三次医療機関への「母体搬送」は，1990年代に始まり，周産期医療ネットワークの整備により拡大し，それによって，特に新生児の結果が改善されてきた。しかし今回中心的なテーマとした「逆搬送」は，最近生じてきたものである。近年，周産期医療の状況は悪化の一途を辿っており，第三次医療機関の満床状態の回避，新規救急患者の受け入れ対策の一つである「逆搬送」は今後も増加することが予測される[2)]。しかし，緊急母体搬送については多くの先行研究がある一方で，逆搬送を受けた女性の体験を明らかにした研究は行われておらず，逆搬送を受けた女性がその経過の中でどのような体験をしているかを明らかにし，逆搬送によってどのような影響を受けるのかを明らかにし，看護ケアにつなげていく必要がある。

今回の対象者は，母体搬送後に三次医療機関で垣間見たことから【自分と同じような妊婦がたくさんいることでの状況の納得】による【逆搬送を受けようという決意】をしていたと考えられる。そのことは【逆搬送を受けようという決意】のサブカテゴリーとして〈同じ状況の妊婦のためにセンターのベッドを空けてあげなくてはと思う〉があったことでもわかる。これは対象者自身も【緊急母体搬送されるしかないという納得】をしながら母体搬送を受けた妊婦であり，【自分と同じような妊婦がたくさんいることでの状況の納得】をしていたことで，医療者から逆搬送について説明を受けた時に〈同じ状況の妊婦のためにセンターのベッドを空けてあげなくてはと思う〉という気持ちが生じたことが推察される。

しかし，彼女らが最終的に【逆搬送を受けようという決意】できたことには，【自分にとって意味のあるクリニックの選択】をしたことがあった。【逆搬送を受けようという決意】には〈センターで母子別々で過ごす辛さでクリニックに行こうと思う〉〈子どもへの安心感でクリニックに行ける〉〈家族にかける負担からクリニックに戻りたいと思う〉のサブカテゴリーからなっており，元々クリニックを選択した理由である，自宅から近く，個室環境を期待してクリニックに戻るということも逆搬送を受け入れる決意をに関連したと考えられる。

坂田ら[3)]は，母体搬送された妊婦の心理調査の結果から，入院生活で困ったことに，面会制限，知人がいない，家族のこと，があると報告している。このように母体搬送により施設を移動することは，一番身近な家族と時間を過ごせないことによる多くの不利益・不便を母子に対して与えている。本研究の対象者も，坂田らの研究と同様に，母体搬送されたことによる不満や不利な点を感じていた。そのことが結果として【逆搬送を受けようという決意】につながっていたと思われる。

逆搬送後の心理について検討する。今回の対象者では，逆搬送後にそのクリニックへの期待が満たされれば【クリニックでの過ごしが支える逆搬送への満足】の体験となり，満たされなければ【逆搬送をされた後に残る後悔】の体験となったといえる。その意味で，彼女らの【逆搬送を受けようという決意】に【自分にとって意味のあるクリニックの選択】が重要な位置を占めていることがわかる。

たとえば，クリニックに期待していたとおりに，個室環境や家族との面会の自由さを感じた場合や〈クリニックの医療者との関わりで辛い気持から救われた〉場合には，逆搬送が満足となる体験につながっている。一方で，期待に反して〈クリニックでもう少し関わって欲しかった〉があれば，後悔となったといえる。

今回の対象者は最終的に【振り返れば，辛さもよい体験】と逆搬送という体験を振り返っていた。西澤[4)]は，「人はそれまでの認知的枠組みにない体験をしたとき，その体験を何度となく思い出したり，他者に繰り返し話したりすることによって認知的枠組みに統合し，しだいに当時の強烈な感情が薄れていく」という報告をしている。

本研究でも，緊急母体搬送されたことや早産に伴う喪失感情について，何度となく思い出したり，医療者や家族に体験を話したりすることが，気持ちの落ち着きにつながっていた。

２．母親が逆搬送を決めるときや逆搬送を受けた後に関わる看護者の役割

先に述べたように，逆搬送は最近の周産期医療状況の悪化に対して，第3次医療機関が次の緊急搬送を受け入れ可能にするための解決策として医療者側の都合から出現してきたものである。しか

し母子にとっては，搬送後やっと落ち着いた状況から，再度の移動となる。また今回の対象者のように，逆搬送についての説明が分娩後1日目で即移送という場合もありうる。このように分娩後の逆搬送は，母子にとって大きな困難があることが明らかである。

今回の対象者は，センターへの緊急母体搬送後には【先の見通しがつかない中での混乱】を経験していた。先行研究においても，緊急母体搬送直後には，予期せぬ思い，理由探し，現症状や今後の経過に対する不安，自責の思い，赤ちゃんへの思いが交錯すること[5]，自分が想像していた妊娠・分娩のイメージと現実のギャップ[1]，喪失感[6]，搬送直後より，児の現状・予後に対する強い不安[3]など，大きな混乱状態にあることが報告されており，今回の研究結果もそれと同様と思われる。

また，先に述べたように逆搬送の結果の評価は，逆搬送後にそのクリニックへの期待が満たされれば【クリニックでの過ごしが支える逆搬送への満足】となり，満たされなければ【逆搬送をされた後に残る後悔】となっていた。そのため出来る限り【クリニックでの過ごしが支える逆搬送への満足】を高め，【逆搬送をされた後に残る後悔】を少しでも避けるために，母親がどのような理由でクリニックを選択していたかの理由を明らかにし，対象者の背景を理解した対応が重要であることがわかる。これは第三次医療機関とクリニックの看護者双方が実践できる課題である。このことから搬送元であるクリニックの看護者は，母子と家族が何を期待してクリニックを選択したかを把握し，そのことを三次医療機関の看護者に伝えておく必要がある。また容態が安定した場合の逆搬送の可能性も伝える必要がある。

一方で，搬送先である三次医療機関の看護者は，緊急母体搬送された母子の状態が，心身ともにできる限り早く安定させることが重要である。そのケアの際には，今回明らかとなった【先の見通しがつかない中での混乱】，【家族への負担の申し訳なさ】という母親の体験の可能性を重視し，【夫の存在がくれる安心】を感じてもらうために夫の面会を勧め，周囲の状況にも関心がいくように病棟をオリエンテーションして【自分と同じような妊婦がたくさんいることでの状況の納得】をしてもらうことが重要だろう。その結果として，【前向きに頑張る気持ちへの移行】にできる限り早く至えるような支援が重要となる。

また本研究では今回は結果として【早産になったけれど自分で無事に産んだという満足】を得ていたが，【逆搬送を受けようという決意】には〈センターで母子別々で過ごす辛さでクリニックに行こうと思う〉というネガティブな体験もあった。

一般に，早産児を産んだ母親にとっては，母子分離はなるべく避けるべきものであり，同じ病院に入院し，NICUに頻繁に通えることは重要なことであると考えられてきた。しかし，本研究では，早産児を産んでしまったという自責の念のほうが予想外に大きく，子どもと一緒に過ごす母子の様子を見るだけでも辛いということが明らかになった。このことを重視した，早産をした母親の分娩後の環境について改善を図る必要もあるだろう。

緊急母体搬送を受けた女性の研究としては，保条ら[7]が，「突発的な緊急母体搬送は妊婦と胎児の2つの命が危険にさらされるうえ，妊産婦とその夫は病状を告げられたその瞬間からバースプランの遮断，知らない病院への搬送，初対面の医療スタッフのなかで緊急帝王切開などの処置を受ける。児の誕生などにより安心感を得ることもあるが，一方では母体や児の予後の病状説明をうけるなかで多大な不安を抱える」と述べている。また，帝王切開分娩を受けた女性の心理について，横手[8]，今崎[9]は，急性ストレス反応や長期間にわたる心理的葛藤が生じることを報告しており，また，武田ら[5]は，緊急母体搬送後に緊急帝王切開に至る場合には，女性はパニックを引き起こし，危機状態へと陥ると報告している。

しかし，本研究ではこれらの報告にあるような，強いネガティブ感情を引き起こしてはいなかった。その背景には，第三次医療機関に搬送されたことで，子どもの安全に対してある程度の安心を得られたことがあったと考えられる。また，本研究では対象者が緊急母体搬送後に，妊娠継続ができたために，危機的状況からある程度の回復をし，適応への移行をしてから分娩に至ることができていたこともその要因として考えられる。

3．逆搬送を受けた母親に対する心理的なケア

産婦に対するケアにおいて，近年，バースプランやバースレビュー（出産体験の振り返り）が重要視されている[10][11]。しかし，バースプランとし

て出産に向けてどのように準備していても，今回の緊急母体搬送などの体験を含め，出産の経過は予想外の展開の可能性があり，産婦の希望がパーフェクトに満たされるわけではない。バースレビューは，そのような理想と異なった出産体験を専門職と振り返ることで，そのプロセスを通じて産婦は体験を再評価し，希望した出産体験が出なかったとしても，その中でも自分や子どもを肯定的に受け止めることができるようになると報告されている。このことは，小川[12]のバースレビューの意義の報告で，母親役割取得には，出産体験が自己概念と一致する必要があると述べていることや，Mercer[13]の，「新しく母親になった女性の最初の課題は，出産体験を再検討（回想）し自分の予想（期待）していたことと事実の違いを見つめ直し，統合することである」ということに共通している。

本研究の対象者は，緊急母体搬送・逆搬送の経過の中で，施設間を短期間で移動している。看護者としては，緊急に展開していく事態の中で，精いっぱいのケアを展開していると思うが，母子の救命が要求される現場では，そのケアが対象者にとって十分でないこともあるだろう。緊急母体搬送後の出産や早産というネガティブな経験を振り返り，母親自身もその中で十分頑張ったんだと納得するためには，このバースレビューが重要である。

以上のことから，逆搬送後も母親の複雑な心理状況に配慮し看護者がバースレビューにより分娩体験を想起する機会をもつことが，逆搬送を受ける母親への今後の看護ケアとして重視していく必要があるといえる。

Ⅴ．結論

緊急母体搬送され，その後に出産し，さらに逆搬送を受けた母親3名の構造化面接と半構造化面接により，逆搬送を受けた母親の体験とその看護について以下のような示唆を得た。

今回の対象者は，【自分にとって意味のあるクリニックの選択】をしていたが，状況の急変により【緊急母体搬送されるしかないという納得】をして，センターに緊急移送されていた。緊急移送後状態は，【先の見通しがつかない中での混乱】，【家族への負担の申し訳なさ】を経験したが，【夫の存在がくれる安心】，【自分と同じような妊婦がたくさんいることでの状況の納得】をし，【前向きに頑張る気持ちへの移行】を経験し，出産後は【早産になったけれど自分で無事に産んだという満足】を得ていた。

また産後に逆搬送を勧められたときには，【自分にとって意味のあるクリニックの選択】をしたことの納得，【自分と同じような妊婦がたくさんいることでの状況の納得】による周囲への配慮から【逆搬送を受けようという決意】をしていた。逆搬送後は【クリニックでの過ごしが支える逆搬送への満足】がある一方で，状況によっては【逆搬送をされた後に残る後悔】もあった。そして【振り返れば，辛さも良い体験】という気持ちに至っていた。

逆搬送は最近の周産期医療状況の悪化に対する解決策として医療者側の都合から出現してきたものであり，母子にとっては困難な状況が生じる可能性もある。そのような中で逆搬送を勧められる可能性のある母親に対して看護者は，逆搬送による母子への不利益を最小限にするために，逆搬送を選択することが母親にとってどのような意味があることなのかを一緒に考え，情報を提供することで客観的な判断を助け，母親が逆搬送を選択する意思を尊重し保証することが必要であることが示唆された。

Ⅵ．本研究の限界

今回の対象者とデータは3名と少なく結果の解釈には限界がある。今後は妊娠期に受ける逆搬送を含め，様々な状況の逆搬送における母親の体験について調査を進めていく必要がある。

本研究は，平成20年度自治医科大学大学院看護学研究科修士論文を加筆修正したものである。

謝　辞

本研究にご協力いただいた対象者の方々や研究過程の全般にわたりご指導いただいた諸先生に深く感謝いたします。

引用文献

1）佐藤たみ子，伊東くり子：母体搬送された妊婦の看護介入後の心理状態。日本看護学学会（母性看護），38；124―126，2007.
2）奥山直樹：周産期医療の現状と展望―新潟に

おける周産期医療の現状―小児外科の立場から。新潟医学会雑誌，121（6）；318-32，2000.
3）坂田千晃，垂水淳子，永池真琴，他：母体搬送された妊産婦の心理調査．大阪母性衛生学会雑誌，37（1）；34-36，2001.
4）西澤哲：トラウマの臨床心理学．金剛出版，1999.
5）武田美枝，川上聖子，吉村あゆみ，他：母体搬送後緊急帝王切開となった産婦の危機対処の介入についての考察．日本看護学会論文集（母性看護），35；184―186，2004.
6）Walker J. Women's experiences of transfer from a midwife-led to a consultant-led maternity unit in the UK during late pregnancy and labor：Journal of Midwifery & Women's Health. 45（2）；161―168，2000.
7）保条麻紀，中山サツキ，中島昌子他：緊急母体搬送前後における妊産婦と夫の事態調査から―助産師の連携と看護の課題―．助産雑誌，医学書院；59(7)，600-605，2005.
8）横手直美：緊急帝王切開後の女性の急性ストレス反応―出産体験と産褥1週間の体験の分析を通して―. 日本助産学会誌, 18(1)；37―48. 2004.
9）今崎裕子：緊急帝王切開を体験した女性の出産後約1年半までの出産に関する気持ち,日本助産学会誌；20(1)，79―88，2006.
10）田村泰子，佐々木さち子，山上友子：分娩満足度調査から見たバースプランの評価．あおもり協立病院医報，3；11―12，2007.
11）横手三喜子，長瀬和美，鶴園由加子，他：バースプラン導入を試みて．鹿児島県母性衛生学会誌，11；19―20，2006.
12）小川朋子：総論バースレビューの意義。ペリネイタルケア，25（8）；15―19，メディカ出版，2006.
13）Mercer R T.：The Nurse and Maternal Tasks of Early Postpartum：The American Journal of Maternal Child Nursing, September(6)；341-345, Lippincott, Williams & Wilkins, 1981.

Original Article

Experiences of pregnant women who went through emergency transfer during labor, delivery, and transfer back to original hospital

Yumi Kojima[1], Kimie Satou[1], Hiroshi Watanabe[1], Shin Narita[2]

Abstract

The purpose of this study was to clarify the experiences of pregnant women who went through emergency medical transfer during labor to the Center for Perinatal Medicine, a tertiary medical care facility that focuses on perinatal care, and transfer back to the original clinic after delivery, with the aim of investigating the challenges that lie ahead in future nursing care for pregnant women having similar experiences. Using qualitative and inductive research methods, structured interviews of subjects' background factors and semi-structured interviews that focused on the experiences during the period leading up to the emergency medical transfer, the period between the transfer and delivery, and the period during the transfer back to the original clinic after the delivery, were conducted. From the data obtained in the interviews with three subjects, 12 categories were designed. The subjects indicated the following: "selected a clinic that best suited my needs," "understood that the emergency medical transfer was my only option," "accepted the situation as there are many pregnant women in the same situation," and "decided to go through the transfer back to the original clinic." The results showed that the subjects were fully aware of the situation and gave consensus or made decisions for themselves at each point, even though their surroundings were rapidly changing as they go through the emergency medical transfer, the premature delivery, and the transfer back to the original clinic. On the other hand, it was also indicated that for subjects who were in the position of being recommended for transfer back to the original clinic after the delivery, nurses had to help them make an objective decision about the transfer, respect their decisions, and ensure a smooth process in order to minimize the potential problems that the subjects and their newborns might encounter.

[1] Obstetric Department, Center for Perinatal Medicine, Dokkyo Medical University Hospital
[2] School of Nursing, Jichi Medical University

原　著

中学生への福祉教育における看護職による支援の効果と意義

鈴木久美子[1)]・関山友子[1)]・島田裕子[1)]・塚本友栄[1)]
工藤奈織美[1)]・春山早苗[1)]青木さぎ里[2)]・福田順子[3)]

抄録：児童生徒に対する在宅療養に関する学習を推進することを目的として開発された視聴覚教材を用いて，中学校での福祉教育の一環として，「総合的な学習の時間」に位置付けて2年生170名に対して健康教育を実施した。教育実施前後に，障がい者や高齢者への印象と手助けの意識および在宅療養や訪問看護についての認識を調べた。その結果，実施した健康教育は，①生徒の教育実施後の高齢者や障がい者に対する印象が肯定的に変化した，②演習を通して障がいをもつ人の立場に立って考えることの必要性を理解した，③障がい者や高齢者に対する手助けの意識が高まった，④病気や障がいをもつ人が自宅で生活するためには多くの人々の支えが必要であることと訪問看護の意義の理解が深まった，ことから有効であった。実施した健康教育は地域社会における看護活動の原則的な考え方を福祉教育に適用したものであり，看護の教育的機能を福祉教育において発揮することにより教育的効果が得られること，および人々が互いに助け合い支え合える社会を目指す看護活動の原則を通して生徒がノーマライゼーションの理念を学ぶことが可能であることが，看護職が福祉教育に関わる意義として重要であると考える。

キーワード：福祉教育，中学生，学習支援

Ⅰ　研究目的

高齢社会の進行する我が国において，在宅療養の充実・推進は社会的課題のひとつとなっている。人口の将来推計では，今後さらに少子高齢化が進行し，2020年には高齢化率が40％を超えることが予測されており[1)]，将来を担う若い世代に，高齢問題や在宅療養についての理解を深めてもらうことが重要である。しかし子どもを取り巻く現状は，身近に高齢者や在宅で療養する人々と接する機会が少なく，「老いること」「障がいがあることの不自由さ」「サポートの必要性」に関する知識や実感は非常に乏しい。

学校教育においては他者を尊重し思いやる豊かな心の育成の重要性が学習指導要領に示されており[2)]，高齢者や障がい者の理解については福祉教育の一環として，道徳，総合的な学習の時間，特別活動等で実施されている[3)]。障がい理解のための体験学習[4) 5)]や，福祉施設等での高齢者との交流活動[6) 7)]等の報告はなされているが，病気や障がいを持ちながら在宅療養する人の理解や支え合いを促すための活動は十分であるとはいえない。児童生徒に，病気や障がいを持ちながら自分らしく生きていくことの意味や自宅で生活することの意義，そして社会の一員として高齢者や在宅療養者を支援することの重要性を伝えることは，住み慣れた地域で誰もが豊かに暮らすことのできる社会の実現の礎として重要である。

高齢者や障がい者の理解についての福祉教育の実践・研究においては，車いす体験やアイマスク体験等の障がい体験演習は実施方法によっては障

[1)] 自治医科大学看護学部
[2)] 自治医科大学大学院看護学研究科
[3)] 自治医科大学看護職キャリア支援センター

がいによる不便さ，不自由さのみが強調される可能性が指摘されており[8]，障がいの模擬体験を材料に自分と対比しながら感じ考え，障がいに対する自分の態度を形成することにつなげる教育の重要性が強調されている[9]。一方，尾崎らは，小中学生の在宅療養に関する学習支援教材の開発に関する研究[10]において，教材の効果検証のための健康教室を実施し，視聴覚教材の視聴後に高齢者疑似体験や体位変換の援助等の演習を実施することにより，療養者をより深く理解し，さらに支援者としての意識や自己有用感を培うことの可能性を示唆している。これらのことから，高齢者や在宅療養者の理解を深める学習においては，どのような方法で学ぶかという教育プログラムの検討も重要であると考えられる。

看護職と学校教育の関わりとして，小中学校において助産師等が生命の大切さを伝える活動[11] [12]や，地域保健と学校保健との協働活動[13]はすでに実践されているところであるが，看護職が高齢者や在宅療養者の理解についての学習を支援する活動報告は少ない。看護職が児童生徒の高齢者や在宅療養者の理解を深める学習において，その専門性を生かして役割を発揮することは，在宅療養者の支援者としてのみならず，人々の地域社会における豊かな健康生活に向けて支援する専門職として重要な活動であると考えるが，その意義については十分明らかにされていない。

今回，中学生を対象に福祉教育の一環として，在宅療養についての理解を深めることをねらいとした健康教育を実施した。実施にあたっては，児童生徒に対する在宅療養に関する学習を推進することを目的として開発された視聴覚教材を使用し，講義と体験学習を組み入れたプログラムを作成した。本研究の目的は，中学生を対象に実施した在宅療養の理解をねらいとした健康教育の効果を明らかにし，看護職が福祉教育を支援する意義を検討することである。

Ⅱ　研究方法

１．研究対象

A県B市のC中学校の2年生の生徒170名を対象とした。中学校の選定は，B市教育委員会に本健康教育の趣旨・方法等を説明し協力を依頼した。B市教育委員会より小中学校校長会にて本健康教育の趣旨・方法等を説明してもらい，協力の意思を示したC中学校を対象校とした。

２．C中学校の特性

開校して約15年の学校であり，大学や病院，ＪＲ駅を中心とした新興住宅団地を主な学区としている。学区内には地元住民は少なく，多くは全国から移ってきた住民である。

C中学校では，総合的な学習の時間において，1年次「現代の病気・けがの原因やその予防方法を探りながら，今日的な課題に迫ることができる」，2年次「私たちの健康を支えるために，社会においてはどのような支援体制が整えられているのか，病院や保健施設，介護施設その他の役割やシステムを調査しながら生涯を通した支援のあり方や今日的な課題に迫ることができる」，3年次「『健康に生きる』とは，どのような人生設計をもとに，どのように生きていくことなのか，健康で豊かな人生を送るための課題を自分なりに考え解決を図ることができる」をねらいに，スキル学習（「学び方」・「情報活用能力」）から体験学習（「情報活用能力」），そして探求学習へと系統性を重視して積み上げていく学習を展開している。

３．健康教育の概要

１）目的

生徒が，病気や障がいがある人々が住み慣れた自宅で生活することの意味，その人らしく生活することについて考える機会を得る。障がい者の存在を前提にした社会のあり方をみつめ，自分が社会のためにできることを考える能力を養うと共に，そこにかかわる職業の存在を理解し，その職業への関心を高める。

２）目標

徳田[14]は，障がい者理解のレベルとして5段階を設定している。すなわち，障がいのある人がこの世に存在していることを気付く段階（気づきの段階），差異がもつ意味を知る段階（知識化の段階），障がい者の機能面での障がいや社会的な痛みをこころで感じる段階（情緒的理解の段階），障がい者に対する適正な態度が形成される段階（態度形成段階），生活場面での受容，援助行動の発現の段階（受容的行動の段階）である。この5段階をふまえ，尾崎らが開発した学習支援教材の効果[15]をもとに，以下の目標を段階的に設定した。

⑴病気や障がいを持ちながら地域（在宅）で生活

する人々の存在を知る（存在の認知）。
⑵病気や障がいがある人々の生活の様子を知り，自分たちと変わらないことを知る（対象の理解）。
⑶病気や障がいを持ちながら地域（在宅）で生活する人々を支援する方法を知る（支援方法の理解）。
⑷病気や障がいを持ち地域（在宅）で生活している人々に，社会の一員として自分のできることが考えられる（支援者としての自覚）。
⑸病気や障がいを持ちながら地域（在宅）で生活する人々を支える職業（看護や介護等）を知る（職業の存在の理解）。
⑹将来の進路として看護・介護職に関心をもつ（職業への関心）。

３）実施方法

2年生の生徒170名を対象に，「総合的な学習の時間」に位置付けて，2校時（100分）を1回実施した。会場はC中学校の体育館を使用した。

４）実施者および協力者

筆者の所属機関の教員6名，C中学校の学区内にある大学附属病院看護師長1名，精神障がい者通所授産施設施設長（看護職）１名，大学院看護学研究科修士課程1年生1名，看護学部4年生6名の計13名で実施した。学校側から，C中学校2年生学年主任1名，2年生学級担任5名の計6名の協力を得た。

５）教育プログラムの内容

尾崎らによる先行研究[10]をもとに，教育プログラムを作成した（表１）。「病気になるということ，年をとるということ」と「病気や障がいを持ちながら家で生活する人々を支える職業」についての講義，「高齢者や病気や障がいを持ちながら地域で生活する人々に必要なこと」についての視聴覚教材（DVD）視聴，病気や障がいがある人への接し方に関する体験学習（ブラインドウォーク，ジェスチャーゲーム）の3つの内容で構成した。

６）媒体教材

⑴学習項目「病気になるということ，年をとるということ」のスライドの内容

C中学校が所在するB市の年齢3区分別人口割合や要介護高齢者の割合，加齢による身体と心の変化を示し，身体を動かしにくくなるまたは身体を思うように動かせない，ということはどのような感じなのかを考えてもらったり，知識や経験の蓄積など加齢により高まっていく面を考えてもらった。

⑵学習項目「病気や障がいを持ちながら家で生活する人々を支える職業」のスライドの内容

医療機関に入院しており，退院が決まった高齢者が，在宅療養に向けてどのような希望をもっているか，そしてその希望に対応するために看護師を含めた保健医療福祉の各関係者が，高齢者をどのように支えているのかまたは支えていくのか，を示した。

⑶学習項目「高齢者や病気や障がいを持ちながら地域で生活する人々に必要なこと」の視聴覚教材（DVD）の内容

尾崎らが小中学生の在宅療養に関する学習支援教材として開発した[16] DVD「私の訪問看護職場体験」（16分）を使用した。女子中学生1名が職場体験学習として訪問看護に同行して在宅療養者への支援を経験するとともに，在宅で療養しながら社会的役割を持ち活動する療養者と交流する様子が収録されている。

４．データ収集方法および調査項目

１）データ収集方法

健康教育の実施前後に生徒に質問紙調査を実施した。質問紙は，尾崎らが作成した調査票[17]を使用した。質問紙の配布および回収は学級担任に依頼した。

２）調査項目

①家族内の病気や障がいを持った人の有無
②訪問看護についての認知度
③病気や障がいを持った人の印象

【明るい―くらい】【自由な―不自由な】などの13項目の形容詞対（6段階評定）について，最も肯定的な印象を5点，最も否定的な印象を0点としてあてはまる度合いを尋ねた。

④自分の家族が病気や障がいを持った場合の手助けの実行可能感

「家族に病気や障がいを持った人がいたら，あなたはどのくらい上手にお手伝いができそうですか」と尋ね，「できない」を0，「できる」を100として10刻みで示しあてはまる度合を尋ねた。

⑤病気や障がいを持った人，高齢者に対する手助けについての意思

「したくない」を1点，「したい」を5点として5件法で尋ねた。

⑥病気や障がいを持った人々が在宅療養することについての意識（自由回答）
⑦病気や障がいを持った人々が身近に存在するこ

表1．教育プログラムの内容

展開（時間）	項目	学習内容	到達目標	留意点	教材
事前		・障がい者・高齢者の印象と，それらの人々への手助けの意思等についての質問紙に記入する		・学級担任の協力を得る ・健康教育当日に持参	・質問紙
導入（5分）	本日の学習のねらい	・本日の学習の焦点を知る		・総合的な学習の時間で学習してきたことと本健康教育との関連	
展開（15分）	病気になるということ 年をとるということ	・風邪をひいたりけがをした時の体験を振り返る ・年をとるということについて，主に身体機能の低下の面から知る ＊動きにくくなるということはどういうことか知る ・地域の高齢者や在宅療養者の状況（高齢者数，高齢者の割合，在宅療養・施設入所の原因，高齢者や，病気や障がいを持つ人の行動を阻害すること等）を知る	・自分自身の生活も振り返りながら，高齢者や在宅療養者の思いに近づくことができる ・高齢者の生活に関心をもつ		・スライド
（20分）	高齢者や病気や障がいを持ちながら地域で生活する人々に必要なこと	・DVD を視聴する ・自分自身の生活も振り返りながら，高齢者や病気や障がいを持ちながら地域で生活する人々に必要なことを考える	・病気や障がいを持ちながら地域で生活する人々の存在を知り，関心をもつ ・高齢者や在宅療養者の生活を想像し，そのような人々が地域で生活するために必要なことを考えられる ・高齢者や在宅療養者の思いや願いを知り，自分たちと変わらないことを理解できる		・DVD「私の訪問看護職場体験」（16分）
（10分）	病気や障がいを持ちながら家で生活する人々を支える職業	・高齢者や在宅療養者の健康や生活を支えている看護職・介護職と介護や福祉のサービスを知る	・高齢者や在宅療養者の健康や生活を支えている人々とその活動を理解できる ・看護・介護職への関心が高まる		・スライド
（10分）	休憩				
（20分）	病気や障がいがある人々への接し方に関する演習	・ブラインドウォークをする	・病気や障がいがある人々への接し方，対人援助の基本を身につける ・目が見えない人の生活世界を擬似体験することで，接し方および対人支援の基本を身につける		・アイマスク ・行き先を書いた紙
（20分）		・ジェスチャーゲームをする	・言葉を使わずに自分の気持ちを伝えることの難しさを理解する ・言葉によって意思表示できない人とのコミュニケーションを体験し，相手の気持ちを理解しようとする基本的姿勢を身につける		・ジェスチャーのテーマを書いた紙
まとめ（10分）	まとめ	・年をとる，障がいがある，病気にかかるということ，高齢者や病気や障がいがある人の生活について，振り返る ・障がいがある人への接し方について振り返る			
事後		・健康教育を振り返りながら，病気や障がいがある人の印象と，それらの人々への手助けの意思，高齢者や病気や障がいを持ちながら地域で生活する人々についての意識について質問紙に記入する	・高齢者や病気や障がいを持ちながら地域で生活する人々に，社会の一員として自分ができることを考えられる	・学級担任の協力を得る	・質問紙

とについての意識（自由回答）
⑧訪問看護についての意識（自由回答）
上記の8項目について，健康教育実施前に①～⑥を，実施後に③～⑧を調査した。

5．分析方法

1）調査項目①②は単純集計を行った。
2）調査項目③～⑤については，実施前後の比較をPASW Statistics18を用いて対応がある場合の平均値の差の検定（t検定）を行い，実施前後の変化から教育の効果を調べた。
3）調査項目⑥については，実施前後の記述をそれぞれ内容ごとに分類整理し，質的帰納的に分析し，内容の変化から教育の効果を調べた。
4）調査項目⑦⑧については，記述を内容ごとに分類整理し，質的帰納的に分析した。
5）上記1）～4）を照合し，学生にどのような効果があったのかを教育目標の観点から検討した。

6．倫理的配慮

1）B市教育委員会に本研究（健康教育）の趣旨・方法等を説明し協力を依頼した。教育委員会より小中学校校長会にて本研究（健康教育）の趣旨・方法等を説明してもらい，協力の意思を示した学校を対象校とした。
2）健康教育の実施に当たっては，対象校の担当教諭と事前に十分な打ち合わせを行った。
3）健康教育前後に生徒に実施する質問紙は無記名とした。質問に答えたくないことは答えなくてもよいことを表紙に記載するとともに,実施協力を得る学級担任からも実施時に説明してもらった。
4）評価のために収集したデータ全てにおいて生徒が特定されないように十分配慮した。研究結果の公表においても，学校が特定されないように十分配慮した。
5）演習においては，真面目に取り組まない生徒がいる等して，生徒たちにとって不快な体験とならないように，学級担任の協力を得ながら実施した。
6）健康教育に関してフォローの必要性が生じた場合には，総合的な学習の時間の中で学級担任にフォローしてもらうこととした。フォローに関して，必要な場合には学級担任の相談にのることを事前に約束した。

なお，本研究は社団法人全国訪問看護事業協会研究倫理審査委員会の承認を得た。

Ⅲ　研究結果

1．対象者の概要

健康教育実施前後の質問紙調査の回収数（率）は155名（91.2%）であった。性別（表2）は男子79名（51.0%），女子70名（45.2%），不明6名（3.8%）であった。

家族内の障がい者・高齢者について（表3）は，「いない」は130名（83.9%）,「前にいた」は8名（5.2%）,「今いる」は17名（11.0%）であった。

訪問看護の認知度（表4）については，訪問看護を「知っている」は58名（37.4%），「聞いたことがある」は54名（34.8%）であった。「知らない」は42名（27.1%）であった。

2．生徒の反応

1）障がい者や高齢者の印象（表5）

全体では，印象についての13項目について，全て健康教育実施前後で有意な差がみられ，実施前よりも実施後の方が全て肯定的な印象へ変化していた。実施前は【自由―不自由】（1.02±1.07），【自分でできる―頼っている】（1.60±1.14）といった生活上の困難さに関する印象の得点が特に低く，【活動的―不活発】（1.47±1.23），【強い―弱い】（1.77±1.23），【元気―元気がない】（2.05±1.30）といった活動の困難さに関する印象の得点も低い傾向がみられたが，実施後はすべて有意な差がみられた。

男女別にみると，男子では，印象についての13項目について，全て健康教育実施前後で有意な差がみられ，実施前よりも実施後の方が全て肯定的な印象へ変化していた。女子では【迷惑でない―迷惑】，【普通―特別】は実施前後で差がなく，他の項目は実施前よりも実施後の方が全て肯定的な印象へ変化していた。

「障がい者等と同居していない」生徒と「障がい者等と現在同居しているまたは前に同居していた」生徒に分けてみると，「障がい者等と同居していない」生徒の方が印象についての13項目について，健康教育実施前後で有意な差がみられ，実施前よりも実施後の方が全て肯定的な印象へ変化していた。「障がい者等と現在同居しているまたは前に同居していた」生徒は，印象についての7項目については有意な差がみられなかった。【活

表2. 対象者の性別

性別	人数（割合）
男	79 名（51.0%）
女	70 名（45.2%）
無回答	6 名（3.8%）
計	155 名（100.0%）

表3. 家族内の病気や障がいを持った人の有無

性別	人数（割合）
いない	130 名（83.9%）
前にいた	8 名（5.2%）
今いる	17 名（11.0%）
計	155 名（100.0%）

表4. 訪問看護についての認知度

項目	人数（割合）
訪問看護を知っている	58 名（37.4%）
訪問看護について聞いたことはある	54 名（34.8%）
訪問看護を知らない	42 名（27.1%）
無回答	1 名（0.7%）
計	155 名（100.0%）

表5. 健康教育実施前後の病気や障がいを持った人に対する印象

平均値 ± 標準偏差

印象	全体 N=155	性別		障がい者等との同居		訪問看護についての認知		
		男子 N=79	女子 N=70	経験なし N=130	以前同居又は現在同居 N=25	知っている N=58	聞いたことはある N=54	知らない N=42
活動的－不活発	1.47 ± 1.23 2.75 ± 1.60 **	1.58 ± 1.27 2.97 ± 1.46 **	1.36 ± 1.20 2.53 ± 1.73 **	1.42 ± 1.17 2.73 ± 1.64 **	1.71 ± 1.52 2.88 ± 1.42 **	1.60 ± 1.38 2.56 ± 1.77 **	1.30 ± 1.10 3.04 ± 1.40 **	1.50 ± 1.20 2.63 ± 1.63 **
明るい－くらい	2.35 ± 1.21 3.54 ± 1.32 **	2.51 ± 1.10 3.56 ± 1.26 **	2.19 ± 1.31 3.57 ± 1.38 **	2.27 ± 1.22 3.52 ± 1.34 **	2.75 ± 1.11 3.67 ± 1.24 **	2.74 ± 1.31 3.54 ± 1.51 **	2.08 ± 1.07 3.51 ± 1.17 **	2.20 ± 1.14 3.59 ± 1.26 **
強い気持ち－弱い気持ち	2.18 ± 1.44 3.41 ± 1.36 **	2.37 ± 1.39 3.48 ± 1.27 **	2.03 ± 1.49 3.36 ± 1.47 **	2.16 ± 1.43 3.44 ± 1.33 **	2.30 ± 1.49 3.26 ± 1.54 *	2.43 ± 1.56 3.70 ± 1.34 **	2.04 ± 1.36 3.39 ± 1.33 **	2.05 ± 1.36 3.05 ± 1.38 **
迷惑でない－迷惑	3.21 ± 1.31 3.45 ± 1.21 *	3.25 ± 1.38 3.59 ± 1.17 *	3.22 ± 1.21 3.31 ± 1.25	3.22 ± 1.29 3.51 ± 1.20 *	3.14 ± 1.46 3.10 ± 1.26	3.69 ± 1.13 3.63 ± 1.17	2.88 ± 1.39 3.24 ± 1.15	2.93 ± 1.25 3.41 ± 1.32 *
きれい－きたない	2.97 ± 1.01 3.34 ± 1.05 **	2.95 ± 1.00 3.32 ± 1.03 **	3.02 ± 1.05 3.41 ± 1.08 **	2.90 ± 1.02 3.38 ± 1.04 **	3.30 ± 0.93 3.13 ± 1.10	3.17 ± 1.09 3.43 ± 1.09	2.80 ± 0.89 3.22 ± 0.92 *	2.90 ± 1.03 3.40 ± 1.17 **
自由－不自由	1.02 ± 1.07 1.82 ± 1.43 **	1.13 ± 1.09 1.97 ± 1.38 **	0.86 ± 1.03 1.68 ± 1.51 **	1.03 ± 1.11 1.88 ± 1.48 **	0.96 ± 0.86 1.50 ± 1.10 *	1.21 ± 1.23 1.90 ± 1.59 **	0.80 ± 0.86 2.04 ± 1.35 **	1.05 ± 1.08 1.40 ± 1.23
元気－元気がない	2.05 ± 1.30 3.40 ± 1.38 **	2.27 ± 1.25 3.27 ± 1.32 **	1.80 ± 1.31 3.60 ± 1.38 **	2.02 ± 1.30 3.44 ± 1.42 **	2.21 ± 1.28 3.17 ± 1.20 *	2.36 ± 1.50 3.55 ± 1.48 **	1.85 ± 1.07 3.35 ± 1.22 **	1.88 ± 1.21 3.26 ± 1.47 **
普通－特別	2.34 ± 1.40 2.75 ± 1.42 **	2.21 ± 1.29 2.85 ± 1.32 **	2.55 ± 1.48 2.67 ± 1.47	2.32 ± 1.41 2.79 ± 1.42 **	2.42 ± 1.35 2.50 ± 1.41	2.63 ± 1.46 2.87 ± 1.54	2.26 ± 1.18 2.91 ± 1.24 **	2.05 ± 1.53 2.38 ± 1.43
こわくない－こわい	3.37 ± 1.36 3.87 ± 1.22 **	3.35 ± 1.29 3.69 ± 1.21 *	3.39 ± 1.48 4.06 ± 1.24 **	3.36 ± 1.33 3.94 ± 1.21 **	3.45 ± 1.53 3.45 ± 1.26	3.75 ± 1.32 4.04 ± 1.26	2.94 ± 1.25 3.64 ± 1.17 **	3.39 ± 1.43 3.95 ± 1.22 **
自分でできる－たよっている	1.60 ± 1.14 2.13 ± 1.33 **	1.73 ± 1.12 2.31 ± 1.27 **	1.40 ± 1.13 1.93 ± 1.39 **	1.56 ± 1.11 2.13 ± 1.32 **	1.79 ± 1.32 2.13 ± 1.42	1.67 ± 1.23 1.89 ± 1.38	1.54 ± 1.13 2.60 ± 1.21 **	1.55 ± 1.06 1.86 ± 1.30
役に立つ－役に立たない	2.39 ± 1.09 3.12 ± 1.30 **	2.47 ± 1.08 3.32 ± 1.12 **	2.36 ± 1.10 2.94 ± 1.42 **	2.39 ± 1.06 3.20 ± 1.25 **	2.39 ± 1.27 2.65 ± 1.47	2.56 ± 1.19 3.04 ± 1.36 *	2.19 ± 1.03 3.29 ± 1.05 **	2.41 ± 1.02 3.00 ± 1.48 *
身近－関係ない	2.62 ± 1.29 3.30 ± 1.29 **	2.87 ± 1.19 3.34 ± 1.12 **	2.37 ± 1.32 3.37 ± 1.38 **	2.48 ± 1.29 3.29 ± 1.32 **	3.33 ± 1.01 3.33 ± 1.13	2.85 ± 1.46 3.44 ± 1.48 **	2.53 ± 1.14 3.21 ± 1.13 **	2.43 ± 1.23 3.24 ± 1.25 **
強い－弱い	1.77 ± 1.23 2.64 ± 1.34 **	1.86 ± 1.19 2.80 ± 1.14 **	1.71 ± 1.28 2.50 ± 1.49 **	1.80 ± 1.23 2.63 ± 1.33 **	1.57 ± 1.24 2.74 ± 1.39 **	1.95 ± 1.43 2.58 ± 1.49 **	1.67 ± 1.02 2.79 ± 1.11 **	1.64 ± 1.19 2.55 ± 1.40 **

上段：実施前，下段：実施後、*p<0.05　**p<0.01

動的―不活発】，【明るい―くらい】などの6項目については，実施前よりも実施後の方が肯定的な印象へ変化していた。

「訪問看護を知っている」生徒と「訪問看護について聞いたことはある」生徒，「訪問看護を知らない」生徒に分けてみると，「訪問看護を知っている」生徒は，印象についての５項目については有意な差がみられなかった。【明るい―くらい】，【強い気持ち―弱い気持ち】などの８項目については，実施前よりも実施後の方が肯定的な印象へ変化していた。「訪問看護について聞いたことはある」生徒は，【迷惑でない―迷惑】以外の12項目について，健康教育実施前後で有意な差がみられ，実施前よりも実施後の方が全て肯定的な印象へ変化していた。「訪問看護を知らない」生徒は，【自由―不自由】，【普通―特別】，【自分でできる―たよっている】の３項目については有意な差がみられず，数値も低かった。それ以外の9項目について，健康教育実施前後で有意な差がみられ，実施前よりも実施後の方が肯定的な印象へ変化していた。

２）自分の家族が病気や障がいを持った場合の手助けの実行可能感（表6）

全体，男女別，「障がい者等等と同居していない」生徒と「障がい者等等と現在同居しているまたは前に同居していた」生徒，「訪問看護を知っている」生徒と「訪問看護について聞いたことはある」生徒，「訪問看護を知らない」生徒に分けてみると，「障がい者等と現在同居しているまたは前に同居していた」生徒以外は，健康教育実施前後で有意な差がみられ，実施前に比べて実施後は「できる」に変化していた。

３）障がい者や高齢者に対する手助けの意思（表7）

「女子」，「訪問看護を知っている」生徒，「訪問看護を知らない」生徒以外は，健康教育実施前後で有意な差がみられ，実施前に比べて実施後は「したい」に変化していた。

４）病気や障がいを持った人々が在宅療養することについての意識（表8-1，8-2）

健康教育実施前後で自由回答式により求めた。実施前に最も多かったのは，「辛い，大変，生活上の困難がたくさんある，苦労がある」で25名，次いで，「家の方が自由・幸せ，家族と一緒に家で生活するほうが安心，心の面でもよい」20名，

表6．家族が病気や障がいを持った場合の手助けについての自己効力感　**p<0.01　*p<0.05

	全体 N=155	男子 N=79	女子 N=70	障がい者等と同居していない N=130	障がい者等と同居している・前に同居していた N=25	訪問看護を知っている N=58	訪問看護について聞いたことはある N=54	訪問看護を知らない N=42
実施前	46.0	45.8	45.8	45.4	49.2	50.6	45.2	42.0
実施後	53.5	54.1	53.0	53.9	51.7	56.7	53.3	51.0
	*	**	**	**		*	**	**

表7．病気や障がいを持った人、高齢者に対する手助けの意思　**p<0.01　*p<0.05

	全体 N=155	男子 N=79	女子 N=70	障がい者等と同居していない N=130	障がい者等と同居している・前に同居していた N=25	訪問看護を知っている N=58	訪問看護について聞いたことはある N=54	訪問看護を知らない N=42
実施前	2.9	2.9	2.8	2.9	2.8	3.2	2.7	2.6
実施後	3.1	3.3	3.0	3.1	3.2	3.3	3.1	2.9
	*	**		**	*		**	

表8－1．病気や障がいを持った人々が在宅療養することについての意識（実施前）

記述内容
・家の方が落ち着けると思うのでよい。家の方が自由・幸せ。大変なことはあるかもしれないが家で生活しても問題ない。家族と一緒に家で生活する方が安心できる。病気の程度にもよるが心の面でもよい。その人にとっても家族にとってもよい。色々な人と普通に生活できるならいい（20）
・必ずしも施設で生活しなければならないわけではない，家に住みたいという人が無理矢理施設に入れられたら元気がなくなる。入院はさびしくてかわいそう。家にいて生活するのは仕方ない，自分だったら家がいい。本人も家族もお互いに大変だと思うが，本人は家で暮らしたいと思う。自分がその立場になるとも思うのでいいと思う（5）
・昔の遊びを一緒にやってくれそうで楽しいと思う（1）
・その人がそうしたいのならいいと思う，普通なら介護施設を勧めるが，その人がどうしてもというなら無理に勧めない（2）
・苦労することや間違えることがあると思うけど，できるだけ頑張りたい（1）
・辛い。大変だと思う。本人も家族もお互いに大変だと思う。悲しい。家族がいるならまだよいが一人暮らしの人は特に大変である。生活上の困難がたくさんあると思う。家で生活したいが大変だと思う。苦労がある（25）
・身体が不自由だとつらいと思う。好きに行動ができない。普通に生活できず不便。外出もできず友達との関係もなくなっていくから悲しいと思う（11）
・失礼だと思うがかわいそう，自分に何かできるならしてあげたい（3）
・生活が大変だったり嫌な思いをしているかもしれないので生活は助けてあげて，普通の人と同じように接してあげることが大切だと思う，一人でできないことがあれば手伝ってあげたい。大変だけどできるだけできることをやってあげたいが，長くは続かなそう。いっぱい話をきいて役に立ちたい。人生の最後くらい楽しませたいし，幸せだと思えるような人生にさせてあげたいのでサポートを一生懸命したい。普段の生活よりは大変になるかもしれないが受け入れ，いつも通り接しつつ手伝いをしていったらいいと思う（15）
・その人の気持ちを考えて生活しなければならないと思う（1）
・不自由な人が笑ったり喜んでくれたらすごく嬉しい気持ちになると思う（1）
・質問がよくわからないが自分の家のことなら医療や看護を学ぼうと思う，個々の家のことならやさしく接してみようと思う（1）
・いきなり死んでしまったら悲しいし病院の方が安全だと思う。家で病状が悪化したら大変，家の中が安全でないといけない。家の階段や段差などに注意すべきだと思う。（家には）危険が沢山あり病気の人や身体の不自由な人は大変だと思う。あまりひどかったら入院したほうがいいと思う（13）
・みんなで協力できるのはいいが，病気が他の人にうつってしまうと大変なので，よいとは思わない（1）
・家族では手伝いも最後までできないと思うし，自分は何もできないと思うから，一緒に暮らすのは難しい。家族といるのが厳しいならば無理はしないほうがいいと思う。手伝わなくてはいけないと思うけど，手伝ったり，手伝い続けられるかどうかはわからない（3）
・家族のサポートが必要，大変でも家族で協力すべきだと思う，協力して生きているのでいいと思う（7）
・家族は苦労すると思うけど，家族の絆も深まると思う。病気の人や身体の不自由な人が楽しく暮らす家はとてもいい家だと思う，世話をするのが大変だが家族の一員としてできる限り一緒に生活することはとても大切だと思う。家族が理解しているのならば家で生活をしていいと思う（4）
・大変なことがあるだろうけど，その人のほうが何倍も大変なのだから少しくらい嫌なことがあっても我慢。辛いことの数だけうれしいことがある（1）
・みんなで助け合わなければいけないと思う（1）
・自分で自分の事ができる人なら大丈夫，自分がお世話できるくらいなら，自分でできることはやらせたい（2）
・お手伝いしてくれる人が必要，一人では何もできないから家族やヘルパー，周りの人のケアが必要だと思う（4）
・人に頼らなくてはいけない（1）
・近所の人にも迷惑をかけるかもしれない，と思う。友達や家族，周囲の人々に心配や迷惑をかけてしまうことがある。正直迷惑（6）
・気を遣う（2）
・邪魔だと思う。かわいそうだから手伝いたいと思う反面，少し迷惑で邪魔だなという気持ちになる。居ること自体は少し嫌になると思う。生活に支障がでると嫌だから病院に行った方がいいと思う。世話をするのは大変だし面倒なのであまりいてほしくない。家に負担をかけるより病院で生活するほうがいいと思う（8）
・ホームヘルパーはお金がかかり，お金がないと生活が苦しいと思う（1）
・家計が大変そう，仕事しながらだから（1）
・不自由な人も自分ひとりで生活している人が多いと思う，普通の人と同じ生活をしたいと思っていると思うので，何の意見も特にない。大変だと思ったら自分でどうにかすると思う。本人の意思なので別に何とも思わない（2）
・特に何も思わない（6）
・ふつう（1）
・家の人はとても大変だと思う・負担がかかる。病気の人の世話や介護は大変そう。家族や自分の仕事が増えるので少し嫌だと思う。世話をするために自由なことができなさそう。ちょっと面倒，自分にも負担がかかり，犠牲になってしまいそう（16）
・大変だと思うが，良い体験になると思う。自分の色々な時間がなくなり疲れるかもしれないが，貴重な経験だと思う（2）
・わからない（2）

表8－2．病気や障がいを持った人々が在宅療養することについての意識（実施後）

記述内容
・必ず施設に入らなければならないとは思わないので全然いいと思う。あたりまえだと思った。普通。介護が必要な人にとっては施設に行く以外のわずかな選択肢だと思うので善し悪しではなく必要なものだと思う。自分の家だから生活してもよい。家で生活できるなら家の方がいい（18）
・家にいたほうがさびしくないと思う。家で生活すると落ち着くと思うのでいい。楽だと思う。自由で楽しい生活ができると思う。家族がそばにいるほうが安心できるので，なるべく家で生活させてあげるべきだと思う。家族も安心すると思う。家族も嬉しいと思う。普段の暮らしに戻れていいと思う。ストレスもたまらない。その人にとって一番幸せなことだと思う。家族や友人と生活できるで，とてもいい（21）
・その人が望むならよいと思う。自分の気持ちで選んでいいと思う。不自由な人にとっても家で生活したいと思う(6)
・大変そうだなということと，自由だなということを感じる。不自由なことが沢山あって大変そうだが，逆に家族が明るくなりそう。家族にとってもプラスだと思う。いろんなコミュニケーションをとり，仲良く楽しく暮らしていきたい。世話をするのは大変だけどその人の笑顔がみれるなら少し我慢してもいいかもしれない（5）
・自分が身体が不自由だったりしても家で暮らしたい，思い出もあるし（2）
・いても迷惑ではない。家族にはあまり迷惑をかけていないと思う。すぞく迷惑をかけるなら反対だが，DVD で見た様子はすごい迷惑というほどでもなく普通に生活していたので良いことだと思う（3）
・訪問介護を雇ったり，家族に手伝ってもらったりすれば家で生活してもいいと思う。たくさんの人が支えてくれるなら家で暮らすのもよい。一人で生活することは難しいが，周りに手伝ってもらえば生活できる。周りの人がしっかりしなければと思う。訪問看護等もあるので家で生活できる。一人で生活するのはとても危険だなと思ったが色々な人が手助けしてくれているので安全だと思った。たくさんの人が協力して支えていると知ってすごい，素晴らしいと思った。チームがあって支えられていることを知って，家で生活できるのはいいと思う（23）
・身近な人がサポートしてあげるべきかなと思う。一緒に住む家族は頑張ってサポートをしなければならない。多少難しいことがあるかもしれないが，みんなで協力すればいい。家族以外の人の助けもあったほうがよい。自分一人や家族だけではできないから周りの助けが必要になると改めて思った。介護する家族は大変だと思う，訪問介護などの人達と一緒にできたらいいなと思う（8）
・生活できるような環境を整えることが大切だと思った（1）
・大変だけど生活できると思う。大変なことで強い心を諦めないことが大切だが核家族が進む中ではいいと思う。大変だがだんだんよくなって生活に慣れてほしい。最初は難しいと思ったが，授業を聞いて人の手を借りながらも家で生活していくことはできると思った（7）
・身内や介護する人が大変にならなければよい（2）
・周りの人は少し大変だと思うが，どうも思わない（1）
・時には誰かに助けてもらわなくてはいけない時もあると思うが，それなりに自分でできる事もあると思うからいいと思う。人に頼っていることもあるけれど，今までと変わらず元気に明るく過ごしているのだと思った。助けを受け入れなければならないけど，満足していると思う。その人を介護することによってその人がより輝くならそれでいいのではないか。他の人の助けは必要だけど，特に不自由はないと思う（5）
・自分でできることがあるなら，なるべく挑戦すべきだと思う（1）
・自分にもできることをしてその人を支えられるようにしたい。できないことがあれば手伝ってあげたい。あまりうれしくはないが手伝いは少ししたい。その人が暮らしやすいな環境を作ってあげたい。大変だと思うが優しく接してあげたい。楽しく生活できるように手伝いたい。介護は大変だけど話相手とかになれたらと思った（16）
・自分もそういう人と接する中で考えることがあっていいと思う（1）
・たくさんの人が協力しないとできないことなので，大変だと思う。誰か助けてくれる人がいないと生活できない。たくさんの専門的な知識を持った人が必要なので，実行することは難しそうだと思った（4）
・不便で気をつけないといけない。無理な感じ。正直，めんどうくさいし，あまり家にいてほしくない。正直一緒に住むのは嫌（4）
・お手伝いするのが嫌なので，少し嫌。助けてあげたいが自分の生活に支障をきたすのならば正直辛い。疲れる。手伝うのがつらそうだけどしょうがない。何もできないから少し迷惑だと思う（6）
・ひとりで住むのは少し危険だと思う。病院で過ごしたほうがいいと思う。気持ちはわかるが施設に行ったほうがよいと思った。とても動きにくいし生活はしにくい，だから施設を作ってあげたほうがいい（5）
・やっぱりすごく不便で大変。時々周りに迷惑をかけてしまうことがあるし，自分が何かをやりたい時に好きなことができない。色々なことで苦労しそう。不自由なことが多い。訪問看護師に来てもらったり，病院に通院したり大変なんだなと思った（13）
・家で生活するまでが色々と大変だと思った（1）
・悲しい。哀れ（2）
・介護しなければいけないから大変だと思う。世話が大変そう。毎日その人をみていなければならない（5）
・とても不安である，自分でしっかりと面倒をみることができるかなど多々不安がある（1）
・あまりしたいと思わない（1）
・別に何も思わない（4）

「家の人はとても大変，家族や自分の仕事が増えるので少し嫌」で16名の順であった。実施後に最も多かったのは「たくさんの人が支えてくれるなら家で暮らすのもよい，色々な人が手助けしてくれているので安全，たくさんの人が協力して支えていると知ってすごい」で23名，次いで，「さびしくない，落ち着く，安心できる，家族も安心・嬉しい，その人にとって一番幸せなこと」21名，「全然いいと思う，あたりまえ，普通，家で生活できるなら家のほうがいい」18名，「自分にもできることをしてその人を支えられるようにしたい，優しく接してあげたい，介護は大変だけど話し相手とかになれたら」16名，「不便で大変，不自由なことが多い」13名の順であった。

５）病気や障がいを持った人々が身近に存在することについての意識（表9）

最も多かったのは，「その人が迷ったり困っていれば助けたい，自分ができることは協力したい，体の不自由な人が楽しく生活できるようにしてあげたい，ちょっとしたことで自分にもできそうな気がした」で60名，次いで，「身近だった，身近にいることに驚いた，人ごとではない」17名，「意外，驚き」12名，「今まで気づかなかったが周りに気を配って生活したい，手軽なことから気配りをしたい，相手の立場に立ってあげる」10名の順であった。

６）訪問看護についての意識（表10）

最も多かったのは，「やりがいがある，素敵な仕事」で35名，次いで，「体の不自由な人が普通の生活ができるように手助けする仕事，家で生活するのに安心」18名，「大変な仕事，他の家に行って見知らぬ人の看護をするのはとても緊張する，命を扱う仕事なので大変そう」13名，「想像していた障がい者と実際の障がい者は全然違った，明るい，普通の人とあまり変わらない生活をしていてとても驚いた」9名，「看護をしている人も楽しそう」8名の順であった。「一度やってみたい，興味をもった」（7名），「将来少しだけなってみたいと思った」（2名）という回答もあった。

Ⅳ　考察

１．健康教育の効果

１）病気や障がいを持ちながら在宅療養する人々の存在の認知

生徒は健康教育実施後，病気や障がいがある人々が身近にいることに気づき，他人ごとではないと感じるようになっていた。これは，学習項目「病気になるということ，年をとるということ」の中でB市の年齢3区分別人口割合や要介護高齢者の割合を説明したことにより，自分たちの生活する身近な地域の実状を理解し関心を高めることにつながったのではないかと考えられる。また，学習項目「病気や障がいを持ちながら家で生活する人々を支える職業」の中で，学区内にある大学附属病院の看護師長が退院して在宅療養する高齢者の事例を紹介し，高齢者の在宅療養に対する希望と，希望の実現のために看護師を含めた保健医療福祉関係者が支援する様子を伝えたことで，自分たちと同じ地域で生活する高齢者の生活の様子を気持ちや考えも含めて理解し，身近なこととしてとらえることが可能となったと考えられる。

２）病気や障がいを持ちながら在宅療養する人々の理解

障がい者や高齢者に対する印象が，生徒全体では13項目すべてにおいて肯定的に変化しており，特に『元気がない』から『元気』へ，『不活発』から『活動的』へ，『弱い気持ち』から『強い気持ち』へ，『暗い』から『明るい』への変化が大きかったことが明らかになった。生徒の8割以上が高齢者や障がい者との同居経験がないことから，日常的に高齢者や障がい者との交流の機会が極めて少ないことが推測できる。そのために実施前は生活上の困難さや活動の困難さの印象を強く持っていたが，本健康教育によりこれらの印象に肯定的変化をもたらしたと考えられる。

また，女子よりも男子，「障がい者等と現在同居しているまたは前に同居していた」生徒よりも「障がい者等と同居していない」生徒の方が変化が大きく，本健康教育は特に，障がい者や高齢者への興味や関心が高くない，ならびに，家族等におらず実感がもてない生徒に肯定的変化をもたらすことができたと考える。「障がい者等と現在同居しているまたは前に同居していた」生徒には有意な差が見られない項目が7項目あったが，それらの項目の平均点は「障がい者等と同居していない」生徒と比較して総じて高く，家族生活の中で障がい者や高齢者の生活実態や介護の実態を理解しており，変化の幅が少なかったものと考えられる。

さらに，「訪問看護を知っている」および「訪

表9. 病気や障がいを持った人々が身近に存在することについての意識（実施後）

記述内容
・普段は見かけることが少ないのであまり関係ないと思っていたが，**身近だった**ので，介護についてもう少し考えようと思った。身近にはいないと思っていたが，**身近にいることに驚いた**。あまり深く考えたことがなかったので，自分の近くにもいるのかなと思った。**人ごとではない**と思った。今まで他人事だと思っていたが，一緒に住んでいるおばあちゃんが最近腰を痛めてしまったから，身近な人が少しでも長く生きてほしいと思った。自分が将来あんなふうになったらどうしようかと考えさせてくれて身近に感じさせられる（17）
・自分はすごく恵まれた環境で健康な体で過ごしているのに体の不自由な人が身近にいて**その人をサポートしている**んだということに気づいた。でもつながっているんだなと思った。自分たち**健常者がそのような人のサポートをもっとたくさんしなくてはいけない**と思った。病気の人や体が不自由な人が近くにいるとわかると少しぐらい手伝ってあげたほうがいいと思う（3）
・自分が自由に生活しているのに，近くに不自由な生活をしている人に申しわけなく思った。もう少し，真面目に生活していきたい（1）
・（高齢者や要介護者が）**そんなにいるとは思わなかった**。周りの体の不自由なをあまり見ていなかったため，身近にはいないと思っていたが，よく見たら意外にいて体の不自由な人はこんなにいるのだなと思った（3）
・普通の人よりは自由にはなれないけど，**迷惑になる事もない**と思う。「迷惑だ」とか「邪魔だ」という気持ちを持たず，もし自分がそうだったらということを考えて生活していきたい。自分もいつそうなるかわからないので，迷惑などとは言っていられない（3）
・病気や体の不自由な人も心の持ち方次第で苦ではなくなるんだなと思った（1）
・いいと思った（1）
・病気の人や身体の不自由な人が身近にいて，**その人が迷ったり困っていれば助けたい**と思った。できるだけ**自分ができることは協力したい**し，役に立てたら嬉しい。何もできないことはないと思うので，少しでも力になれるよう普段から気をつけていたい。自分も不自由な人にできることはしなくてはならないと思った。**身体の不自由な人が楽しく生活できるようにしてあげたい**。他人事ではないし，いつ自分や親が不自由になるかわからないし，困ったことはお互い様だから手を差し伸べたい。**ちょっとしたことで僕にもできそうな気がした**（60）
・**今まで気づかなかったが**，これからは不自由な人など**周りに気を配って生活したい**。これから外にでるときも気をつけていこうと思った。もっと周囲を知ることが大切だと思った。もう少し考えて接していきたい。機会があったら話してみたい。同じ世界で生活しているので，これからは点字ブロックを塞がないなどの**手軽なことから気配りをしたい**。その人の気持ちになってみたいと思う。**相手の立場に立ってあげる**（10）
・**相手の迷惑にならないように上手に手伝いたい**。邪魔にならないようにしたいと思う，自分たちがそのような人達に迷惑をかけないようにすることが大切だと思った（5）
・自分もいつかは身体が弱くなったり，病気になったりするから，**みんな，あまり変わらない**と思った。病気の人や身体の不自由な人は**特別な存在ではない**と思った。同じ人間だし，普通だと思う。出来ないことは手伝ってあげればいいと思う，同じ人間であると思う。**特別なことではなく普通のこと**で，そんなことをいちいち気にする人の方が変だと思った（7）
・病気や身体が不自由でも人は人だから，普通に生活すればいいと思う。普通に生活していることを知った。**周りの人が助け合えば普通に生活することもできるんだなと思った**。もっと特別な扱いをされていると思っていたから驚いたけれど，普通に過ごすことも意外とできることに感心した（4）
・不自由な人も**自分でできることをやっている**。大変なことなのに自分でやろうとしている人もいて，**すごいと思った**（2）
・お世話をする人が段々少なくなってくると身近にいる人たちのお世話が大変になってくると思う。**自分の身近にいると少し大変**だと思った。介護するのが大変（3）
・人ごとではなくなってきてすごく**悲しい**。**辛い**。いつか自分もそうなるのかもしれないという不安もあった，他人事ではなく大変だと思った（5）
・身近にも不自由な人がいて**かわいそう**だと思った，とても生活しにくいし，とてもかわいそうだと思った。お年寄りでもないのに体が不自由な人が周りにたくさんいることがとてもかわいそうに思う（7）
・**自分だけで行動するのはとても大変だと思った**。体が不自由なことはしょうがないので気をつけて行動したほうがいい。たくさんの人の支えが元になっているから大変だと思う（5）
・**意外**だと思った。**驚きだった**。自分にはあまり関係ないと思っていたので驚いた。実際に会ったらどうしようかと思った（12）
・体の不自由な人が減ってみんな健康でいたいと思った（1）
・体が動きにくかったりする人はいいけど，知的障害者やよだれを垂らしたり害をもたらす人は嫌だ（1）
・正直迷惑（1）
・**何も思わない**。同じ人間なのでどうも思わない（7）
・自分にはあまり思い当たらないので，**わからない**。**今まで考えたことがなかった**（2）

表10．訪問看護についての意識

記述内容
・想像していた障害者と実際の障害者は全然違った，暗いと思っていたが，けっこう明るいものだった。体の不自由な人が仕事や買い物をしていたりして，普通の人とあまり変わらない生活をしていてとても驚いた。頑張って生活しており，外にも出て仕事もできることがわかった。体の不自由な人の職場もすごく楽しそうでいいなと思った。予想以上に普通にしゃべったり，案外，接しやすい感じでびっくりした。病気になっている人と訪問看護の人が意外に仲良く話していたこと。世話をする人が誰も不自由な人を嫌がっていなかった（9）
・身体の不自由な人でも笑顔でとても優しい人なので，看護をしている人も楽しそうだった。不自由な人と楽しくしゃべれていて楽しそうだった。大変そうだったけど，楽しそうだった。大変なこともあるが，喜んでもらったり楽しいこともあると思った。大変そうだけれど，病気の人にありがとうと言われることの嬉しさは計り知れないのだと思った（8）
・大変そうだけど，相手のことをよりわかることができると思う（1）
・一人にたくさんの人が関わっていると思った。色々な人の協力で一人の人が生きていることがわかった。訪問看護の人や家族の支えがあって生活していることがわかった（7）
・どうしても家で暮らしたい人にとって，とても大事なこと，なくてはならない存在なのだろうと思った，病気の人や体の不自由な人は家で生活できるのでとても良いと思う（3）
・身体の不自由な人が少しでも普通の生活ができるように手助けする仕事。病気の人達にとってはとても役に立つ仕事。不自由な人が家で生活するのに安心。本人や家族が助かるので，とても大切な仕事。看護が必要な人のために頑張る。患者さんは自分の家で見てもらえて楽だと思う。病気の人や体の不自由な人は，家に一人で居るだけだと心細いので，重要な人とのつながりだと思う。根気強くやっている（18）
・実際の現場を見て，仕事の内容などがわかった（1）
・仕事の内容がほんの少ししかなくて，ちょっとわかりづらかった（1）
・自分も一度やってみたい。やってると楽しいんだろうなと思う，是非やってみたい。興味をもった。初めて知った仕事だったので関心を持てた（7）
・もっと大変な仕事をやるのかと思ったけど，頑張れば自分でもできそうな事だった。大変そうだけど，自分にもできる事がありそう。大変だと思ってたけど，そこまで大変そうではなかった。大変だが，少し楽そう（6）
・少しやってみたいが，人と話すのはあまり得意ではないし，相手を不快な気持ちにさせてしまうのは怖い（1）
・身体の不自由な人に対して普通に接していてすごいと思った。色々なことを手際よくこなし明るく優しく接していた。障害者の人にたくさん声をかけていてコミュニケーションがとてもいいと思った。話しかけたり，自分でできることはできる限りやらせていたので，相手にとってもとてもいい接し方をしていたと思う。コミュニケーションをしっかりとって関係を深めていっていた。お話を本当にいっぱいしていると思った（6）
・自分ができないのですごいと思った。すごい。自分以外の誰かのために誠心誠意やっていてすごいと思った。難しさを知り，その職についている人がすごいと思った。体が不自由な人を手伝おうとする信念がすごいと思った（8）
・すごく心の優しい人しかできないと思った。中学生が体験していたが自分にできるかどうかわからない。自分だったら本当にできるかなと思った，体温，脈拍，移動の手伝いはできるけど，他は…。あまり自分には向いていない（5）
・周りの手助けをするだけではなく，介護される人の気持ちも考える。その人の立場に立って行動する。人のは話を聞いてあげたり。積極的にコミュニケーションをとったほうがよいと思った（3）
・自分で体を動かすことができないので細かい所にも気を配り，体の状態を聞くのが大切だと思った。人にものすごく気を配り，自分から仕事をみつけてやる仕事だと思った。言葉遣いなど，特に気をつけなければならないと思う。体に傷をつけない（4）
・気軽に話をしていたり，血圧を測ったりなど基本的なことしかやらないのだと思った（1）
・いい仕事だと思う，大変な仕事だと思うけどとてもやりがいがあると思う。人の役に立っている。身近で素敵な仕事だと思う。誇れる仕事，かっこよい。慣れるまでは大変だと思うが，慣れればやりがいがあり楽しいと思う。おもしろい。感謝される仕事。お互い気持ちを通じ合わせればとてもやりがいがあると思った。家族だけではできないことを専門の人がやってくれるのはすごくいいなと思った。病気の人や体の不自由な人，その家族の気持ちを尊重し，負担も軽減できるので素晴らしい仕事だと思った（35）
・大変だけど，これも社会のためだと思った（1）
・大変な仕事だけど，僕にもできそうな仕事だったので介護の職についてもいいと思った。人を手伝う仕事はこんな仕事でもあるんだなと思い，将来少しだけなってみたいと思った（2）
・とても大変だと思った。大変な仕事だと思った。家まで行って看護するのは疲れるなと思った。他の人の家に行って見知らぬ人の看護をするのはとても緊張すると思う。人の命を扱う仕事なので，大変そうだと思った。将来の夢には入っていないし，大変そうだからあまりやりたいと思わないけど，その人たちにはいいと思う。普通にやっているみたいだったけど，実はかなり大変なんだと思った（13）
・職場体験でいった老人ホームと同じようなことがたくさんあって共感できた（1）
・病院意外にも色々な介護があるんだなと思った（1）
・最近では訪問看護をする人が少なくなってきているから，訪問看護をする人が増えてほしいと思った。もっとこの制度が広がったらいいと思った（3）
・あまり体の不自由な人の職場を聞いたことがないので，これからもっと増やしたほうがいいと思った（1）
・手伝う時も世話がやくし，自分がやろうと思ったことも簡単にはできないということがわかった。毎日お世話をするのは大変だと思った（3）
・その他（結構分かりやすかった（1），かわいそう（1），特になし（1））

問看護を知らない」生徒よりも「訪問看護について聞いたことはある」生徒の方が変化が大きく，「訪問看護を知っている」生徒よりも，「訪問看護を知らない」および「訪問看護について聞いたことはある」生徒の方が，障がい者や高齢者に対する印象が，実施後に肯定的に変化していた。実施前の生徒の学習状況について把握が十分でないため推論であるが，前述したような差は実施前の生徒の関心に基づく学習状況に関連している可能性がある。

病気や障がいがある人が家で生活することについては，実施前は「大変」「家の人がとても大変」のように困難さに注目した回答が多かったが，実施後は「色々な人が手助けしてくれているので安全」「さびしくない，その人にとって一番幸せなこと」「あたりまえ，普通」のように，障がい者の立場に立って理解や共感を示す回答が増加していた。これは，DVDに登場した在宅療養者が病気を持ちながらも社会の一員として役割を発揮して活動的な生活を送っている様子から，前向きに生きる姿に共感し，病気や障がいがあっても自分たちと変わらないことに気付いたのではないかと考えられる。このことは，病気や障がいがあっても共に暮らせる社会の実現というノーマライゼーションの理念[18]につながる重要な学びであるといえる。

３）病気や障がいを持ちながら在宅療養する人々への支援方法の理解

ブラインドウォークやジェスチャーゲーム等の体験学習を通して，多くの生徒が病気や障がいがある人々の気持ちやペースなどそれらの人々の立場に立って考えることの必要性に気づいていた。先行研究をふまえて，視聴覚教材の視聴後に体験学習を実施したことで，「不自由」「不便」といった障がいの体験にとどまらず，支援者としての工夫や配慮を考えることにつながったといえる。また，支援者側の体験をすることで，実際の支援方法を理解でき，自分の家族が病気や障がいを持った場合の手助けの実行可能感の上昇につながったと考えられる。

４）病気や障がいを持ちながら在宅療養する人々への支援者としての自覚

病気や障がいがある人々へ手助けの意識が実施後に高まっていた。実施後，多くの生徒が「困っていれば助けたい，自分ができることは協力したい，ちょっとしたことはできそうな気がした」と回答しており，生徒各自が社会の一員として自分のできることを具体的に考える機会となったといえる。

５）病気や障がいを持ちながら在宅療養する人々を支援する職業の存在の理解

病気や障がいがある人々が多くの人々に支えられて生活していることや，家で生活するためには多くの人々の支えが必要であること，訪問看護の意義を理解していた。

６）看護・介護職への関心

生徒は訪問看護について，「命を扱う大変な仕事」や「他者の家庭を訪問して看護するのは緊張する」と訪問看護の責任の重さを感じる一方で，「やりがいがある」「誠心誠意やっていてすごい」「看護する人も楽しそう」のように，職業としてのやりがいや魅力を感じていた。また，少数ではあるが「社会のため（になる職業である）」「訪問看護をする人が増えてほしい」というように，社会の一員としての立場から訪問看護の必要性を述べている意見もあった。DVDに登場した看護師は療養者の支援を自立性と責任を持って生き生きと行なっており，このような様子から自立した専門職としての姿が伝わったと考えられる。そして訪問看護について興味や関心を示した生徒がみられたことから，職業としての看護や介護について関心を高めることにつながったといえる。

以上のことから，本健康教育の効果として，生徒の高齢者や障がい者についての印象が，生活や活動の困難さへの注目から，全般的に肯定的に変化し，特に障がい者や高齢者への興味や関心が高くない，ならびに，家族等におらず実感がもてない生徒に肯定的変化をもたらすことができた。また，生徒の高齢者や障がい者への手助けの意識を高めることができ，それらの人々の立場に立って考えることの必要性の理解につながっていた。さらに高齢者や障がい者が家庭で療養することを対象の立場から理解し共感することが可能となり，在宅療養には多くの人々の支えが必要であることと訪問看護の意義の理解を深めることができた。これらの効果を前述した徳田の障がい理解のレベルと照合すると，生徒は病気や障がいを持ちながら在宅療養する人々の存在を知り（気づきの段階），生活の様子を気持ちや考えも含めて理解し（知識

化の段階，情緒的理解の段階），病気や障がいがあっても自分たちと変わらないことに気づき，それらの人々の立場に立って支援することの重要性を学んでいた（態度形成の段階）。そして社会の一員として支援する意思が生じ，自分のできることを具体的に考えることにつながっていた（態度形成の段階）。このように，本健康教育はこの4段階を順を追って到達できるプログラムとなっており，その教育的意義を確認できた。徳田は，第1段階から第4段階を確実に実践していくことで第5段階である受容的行動の段階，すなわち自分たちの生活する社会的集団に障がい者が参加することを当然のように受け入れ，障がい者に対する援助行動が自然に現れる段階に到達できると述べている[19]。本健康教育の基軸にはノーマライゼーションの理念が存在し，人間の価値の多様性を理解し，病気や障がいを持つ人々の存在を前提にした社会のあり方を考えることにつながることが示唆された。

２．看護職が福祉教育を支援する意義

本健康教育では，冒頭に生徒たちと同じ地域で実際に生活する高齢者の状況や生活の様子を紹介することにより，生徒が自分の地域の身近なこととしてとらえることが可能となり，関心が高まったことが考えられ，病気や障がいを持ちながら在宅療養する人々の存在を知るために，身近な地域の実状としてとらえられるような教育方法が有効であることが示唆された。地域社会で展開する看護活動においては，個人，家族，地域の広がりの中で問題をとらえ，地域社会の人々の主体的な問題解決を目指している[20]。このような考え方を教育に適用することが有効であったといえる。石井は，保健師の地区活動の一つとして小学生を対象に高齢者や障がい者の理解と手助けの意識を高める看護の働きかけを行い，「対象を生活集団としてその営みを捉え，これに即して働きかけを行う」という看護活動の特質が有効に機能したと述べている[21]が，本研究においても同様の結果を確認できた。

また今回，高齢者や障がい者を身近に感じることができる事例を取り上げた視聴覚教材を用いたが，生徒はそのことにより，対象の気持ちに共感することができ，対象の在宅療養生活を支えるために手助けしたいという気持ちが生じ，自分に何ができるかを各自が具体的に考えることが可能となったと考えられる。これは本来生徒が持つ力を引き出す看護の働きかけであるといえる。

このように，対象の生活に即して働きかけを行い自分たちの問題としてとらえられるようにすることや，潜在する力を引き出す働きかけの方法といった看護活動方法の原則を福祉教育に適用することを通して，前述したような教育的効果が確認できた。本健康教育のプログラムは，筆者らが検討を重ね，協力者である中学校関係者からの意見も得て作成したものである。そこには筆者らの専門である看護の考え方が基盤となっている。これはすなわち，看護の専門機能のひとつである教育的機能を学校の福祉教育において発揮することが有効であったといえ，看護職が福祉教育に関わる意義として重要であるといえる。

また，本健康教育後の生徒の反応からノーマライゼーションにつながる学びが確認された。看護は，人間を自立した存在としてとらえ[22]，どのような健康や障がいのレベルにあってもその尊厳を重視し，その人らしい生活が送れるように支援する。そして，地域社会で展開する活動においては，高齢者や障がい者，育児や介護に対する住民の関心を高め，ノーマライゼーションの実現と住民同士が互いに助け合い支え合える社会を目指す[23]。看護職が病気や障がいをもつ人を支援する姿から，生徒は対象を人として尊重することや支援の意義を学び，それらの活動の根底にあるノーマライゼーションの理念を学ぶことにつながったと考えられる。守本は，福祉教育は地域における様々な立場の人々の考え方や価値観を尊重し，人々の生活課題を他人事としてとらえるのではなく，課題を共有しながら解決方法を共に考える力を育むことが重要であると述べており[24]，このことは看護の活動方法の原則と合致するものである。また，これまで児童生徒の福祉教育は学校関係者と福祉関係者の連携のもとに実施されてきた経過があるが，原田は福祉教育実践は「共に生きる力」を形成することであり，ノーマライゼーションを具体化する過程であると述べている[25]。このような観点からも，看護職は児童生徒の「共に生きる力」を育むことを目指した福祉教育の充実に貢献できると考える。

Ⅴ．本研究の限界および今後の課題

本研究の限界は，中学校１校の生徒に対する１回の健康教育による評価であるという点である。今後は，地域特性等も考慮しながら対象数を増やし，健康教育の効果について多角的に検証するとともに，看護職が福祉教育を支援する意義についての検討を重ねることが必要である。

謝　辞

本研究の実施にあたり，ご協力下さいました中学校の関係者ならびに生徒の皆様に深く感謝申し上げます。

本研究は平成21年度独立行政法人福祉医療機構長寿・子育て・障がい者基金助成事業「児童・生徒を中心とした在宅療養に関する学習支援の推進事業」の一部である。

引用文献

１）日本の将来推計人口（平成18年12月推計）．国立社会保障・人口問題研究所，2006.
２）学習指導要領．文部科学省,平成20年7月.
３）山本哲也：小学校中学年児童を対象にした障害理解教育の実践―「できる」シミュレーションの効果―. つくば国際大学研究紀要, 9, 61, 2003.
４）前掲書３），61-81.
５）青柳まゆみ，石上智美，西館有沙，徳田克己：総合的な学習の時間を使った視覚障害理解教育プログラム―小学5年生を対象とした授業実践の効果を中心に―．日本教育心理学会総会発表論文集，44, 465, 2002,
６）大澤ゆかり，百瀬由美子，松岡広子，藤野あゆみ：中学生の高齢者施設体験学習に関する実態調査．老年社会科学,30(2),337.2008.
７）阿部芳江，堀口和子，阿部智恵子：小中学生の高齢者疑似体験による学びの分析．日本看護福祉学会誌，10(2)，59-67，2005.
８）前掲書３），62.
９）徳田克己：障害理解教育の考え方．生活科教室，45，1-4，2006.
10）尾崎章子，井伊久美子，上野桂子，川村佐和子，野中博，他：平成19年度独立行政法人福祉医療機構助成事業「児童・生徒に対する在宅療養支援に関する教材作成事業報告書」，社団法人全国訪問看護事業協会，2008.
11）高谷鼓，植野千尋，八重樫明子：中学生の「命の大切さ」に対する意識　助産師が行う性教育による考察.日本赤十字看護学会誌，9(1),10-17,2009.
12）上村直美，山之口千佳，原口郁代，盛美香，稲盛美喜子，玉利恵美，安藤美智子，前屋敷由美子，市来郁子，下敷領須美子：助産師が伝えるいのちの出前講座．鹿児島県母性衛生学会誌,12,20-23,2007.
13）田原由起子，糸永歌代子，馬場みちえ：私のまちづくり思春期ふれあい体験学習と保健活動10年の歩み．保健師ジャーナル，64(5)，438-441，2008.
14）前掲書９），1-4.
15）前掲書10），67.
16）前掲書10），5-20.
17）尾崎章子，井伊久美子，上野桂子，川村佐和子，野中博，他：健康教室実施前後アンケート．平成21年度独立行政法人福祉医療機構長寿・子育て・障害者助成事業「児童・生徒を中心とした在宅療養に関する学習支援の推進事業報告書」，社団法人全国訪問看護事業協会，157-161，2010.
18）柴田裕一：障害理解教育及び社会啓発のための障害に関する考察．兵庫教育大学研究紀要，37，25，2010.
19）前掲書９），1-4.
20）北山三津子：行政組織に所属して行う看護の特質．第2章地区活動論，最新地域看護学総論第2版，日本看護協会出版会，165，2010.
21）石井康子：小学校の福祉教育の場で機能する看護の特質．日本地域看護学会誌，1(1)，100，1999.
22）ジュリア・B・ジョージ編,南裕子,野嶋佐由美,近藤房恵訳：ヴァージニア・ヘンダーソン．看護理論集　より高度な看護実践のために増補改訂版,日本看護協会出版会，76，2000.
23）春山早苗，平山朝子：地域ケア体制づくり．第3章地域看護活動展開の方法論，最新地域看護学総論第2版，日本看護協会出版会，308，2010.
24）守本友美：地域と学校で取り組む福祉教育の課題検討に関する実践．日本福祉教育・ボランティア学習学会研究紀要，15，45，2010.

25）原田正樹：福祉教育プログラムの構造とその実践的課題．福祉教育の理論と実際―新たな展開を求めて―，相川書房，212，2000.

Original Article

Effects and Significance of Support by Nurses for Welfare Education on Junior High School

Kumiko SUZUKI[1], Tomoko SEKIYAMA[1], Hiroko SHIMADA[1], Tomoe TSUKAMOTO[1], Naomi KUDO[1], Sanae HARUYAMA[1], Sagiri AOKI[2], Junko FUKUDA[3]

Abstract

As part of secondary school welfare education, a health education program incorporated into the Period for Integrated Study was conducted for 170 junior high school students in their second grade, where the students used audiovisual aids originally developed to support school children to learn about home care. We surveyed the students' impressions of the elderly and the disabled, their awareness of the need to provide assistance, as well as their perception of home care and home-visit nursing before and after the program. As a result, the health education program was proven to be effective in that (1) the students' impression of the elderly and the disabled changed in a positive manner after the program, (2) their awareness of the need to provide assistance to the elderly and the disabled was heightened, (3) the program helped them understand the need to think from the perspective of those who are sick or disabled, and (4) the students gained a deeper understanding of the fact that the sick or the disabled needed support from many people to live at home, and that home-visit nursing care played a significant role. Future challenges lie in the selection of the appropriate contents and methods for the program based on the learning status and the level of understanding of the students.

[1] Jichi Medical University, School of Nursing

[2] Jichi Medical University,Graduate School

[3] Jichi Medical University, Nurse Career Support Center

原　著

ペースメーカー埋め込み術を受けた患者の退院後の日常生活における困難とその対応

段ノ上秀雄・中村美鈴・﨑田マユミ・内海香子・北村露輝・松浦利江子

抄録：本研究は，ペースメーカー埋め込み術を受けた患者が退院後の日常生活において，ペースメーカーを埋め込んだことに関して困難に感じている内容およびそれへの対応を明らかにし，今後の看護援助について検討することを目的とした。方法として，退院後の日常生活における困難とその対応についての半構成的面接法を行い，データから質的帰納的分析を行った。その結果，退院後の日常生活における困難として5つのカテゴリが，日常生活における困難の対応として7つのカテゴリが見出された。患者の困難と対応には，患者自身が主体的に取り組むものと，ソーシャルサポートが必要なものの2つに大別された。また，主に一つの困難への対応は一つであるが，異なる複数の対応をとるものも見られた。それらの結果から，埋め込み患者の困難や対応の特徴が明らかになり，看護援助として，①ペースメーカーの作動を保証するための適切な情報の提供，②埋め込みに伴った不安の緩和，③ソーシャルサポートのアセスメントと調整などが重要であると示唆された。

キーワード：困難，対応，ペースメーカー，日常生活

Ⅰ．はじめに

ペースメーカー埋め込み術を受けた患者（以下，埋め込み患者）数は，2010年の報告では，国内で約30～40万人が存在し，さらに毎年約3万人の患者が新たにペースメーカー埋め込み術を受けている[1)]。

埋め込み患者における日常生活の特徴として，不具合を早期に発見するために必要な自己検脈などの自己管理を行う必要がある。また，体外から電磁界が作用すると，体内に余分な電流が発生して電磁障害と呼ばれる影響を及ぼし[2)]，これを避けなければならないため，電磁波を使った調理具の使用を避けるなどの日常生活の制約を受ける。他にも，リード線断線を防ぐため腕を強く伸ばさないなど，日常生活に影響を及ぼす制約が種々あると考えられる。そのため患者が日常生活を快適に送る上で，それらの制約による退院後の日常生活で感じている困難に，どう対応しているか把握することは，患者が正しい知識をもち，自立した生活を送るための看護を検討するためにも重要である。

ペースメーカー埋め込み術を受けた患者に関する国内の，ペースメーカーと，自己管理，指導，生活，困難をキーワードにもつ先行研究を検索し，文献検討を行った。その結果，電磁障害[3)]，入院中の高齢者を対象としたもの[4)]，外来でのパンフレット導入の取り組み[5)]などに関する報告がみられた。また，入院中の埋め込み患者に対する看護と生活指導についての文献[6)]には，日常生活における注意点と対処について，7つの下位項目，労働，運動，旅行，車の運転，入浴，自覚症状，電気製品に対する注意に分けて，具体的に記述されていた。しかし，埋め込み後の日常生活についてのこれら項目をどのように導出したか，その指導した後の効果については記述されていなかった。さらに，注意点への対処に関してはすべてが書か

自治医科大学看護学部

れているわけではなく，それら必要な注意点が具体的にどのような困難をもたらすかについても触れられていなかった。このように，埋め込み患者の退院後の日常生活における具体的な困難に焦点を当てた研究報告は見当たらず，看護援助についても体系化されていなかった。

さらに，QOL（Quality Of Life）の観点からも，患者の生活そのものを把握することは重要であり，埋め込み術を受けた患者の困難を明らかにし，それに基づいた日常生活指導などの看護援助に関して検討を行い，体系化することが重要であると考えられる。

以上の背景より，埋め込み患者の退院後の日常生活上の困難とそれへの対応について取り組む必要があると考えた。

Ⅱ．目的

ペースメーカー埋め込み術を受けた患者が，退院後の日常生活においてペースメーカーを埋め込んだことに関して，困難に感じている内容およびそれへの対応について明らかにし，今後の看護援助について検討する。

Ⅲ．用語の定義

本研究においては，「日常生活」「困難」「対応」を，以下のように定義した。

１．日常生活：職業（専業主婦含む）生活，家庭生活および地域生活
２．困　　難：何かを実行するとき，または実行できないとき，困る，難しいと感じることや，不快，負担，不安に思うこと
３．対　　応：本人自身の，あるいは他者の支援を用いて，工夫や調整を行い，困難に対して適切な処置をとること

Ⅳ．研究方法

１．研究デザイン

質的帰納的研究デザイン

２．研究対象

A大学病院で，ペースメーカー埋め込み術を受け，外来で定期受診をしているもので下記の選択基準ならび除外基準を全て満たし，かつ同意能力を有する患者を対象者とし，外来医師の協力を得て選択した。

１）選択基準

i.　洞不全症候群または重度房室ブロックによるペースメーカー埋め込み術を受けた患者
ii.　A大学病院でペースメーカー埋め込み術を受けたもの，およびA大学病院の外来で定期受診を受ける退院後6か月以内のもの

選定基準ｉを対象とする理由としては，ペースメーカー埋め込み術以外の要因が患者の生活に大きな困難をきたしていないこと，ⅱを対象とする理由は，埋め込み後の生活の記憶が明確であることを考慮した。

２）除外基準

i.　糖尿病，腎不全などの疾患を併発しているもの
ii.　心不全を併発しており，NYHA分類（New York Heart Associationの分類，ナイハ分類）ⅢまたはⅣにあたるもの
iii.　医師の判断により研究対象として不適切と判断したもの

３．データ収集

１）研究期間

平成22年3月～平成22年10月

２）調査内容

ペースメーカー埋め込み術を受けた患者の退院後の日常生活においてペースメーカーに関して困難に感じていることおよびその困難への対応について，対象者よりインタビューデータを取得し，同時に，年齢，性別，手術日時等のフェースシートデータを取得する。

３）データ収集方法

インタビューガイドを用いた半構成的面接法を実施してデータを収集した。

インタビューガイドには，ペースメーカー埋め込み術を受けて退院した後の，日々の生活での困難について，すなわち，困ったこと，悩んだこと，迷ったこと・負担だ，不安だ，気がかりだと感じたことや心配・家族への影響，家族役割の変化（気遣いや不安など）。ならびに，困難へ対応，工夫・調整したこととして，周りの人々からの支え，困ったこと，悩んだこと，迷ったことに対してどのようにしたか・負担だ，不安だ，気がかりだと感じたことや心配に対して，どのようにしたか，手助けやアドバイスはどのようなものがあったか，

を提示した。

ペースメーカー埋め込み後の日常生活について，困難に思ったこと・考えたことおよび，それらへの対応について半構成的面接法を用いて調査を実施し，職業生活，家庭生活ならび地域生活について重点をおいて調査した。面接は，1回40分程度とした。面接実施に際しては，対象者がありのまま語れるように，受容的・共感的態度でかかわった。なお，データ収集は第1著者1名で行った。

4．データ分析方法

以下の手順で，質的帰納的分析法による分析を実施した。

1）調査者はインタビューから得られたデータを熟読し，意味の最小単位になる文節もしくは文に分離して整理した。
2）最小単位の意味について，1意味1文としてコード化し，さらにコードの類似性に基づいて1次ラベルとした。
3）さらにラベル間の類似性を認める場合は再度統合を行った。2）から3）の作業を繰り返し，高次化した。最終的に収束した段階で，カテゴリ，サブカテゴリを決定した。
4）上記1）から3）を，まず1事例ごとに，個別分析を行った。この事例分析で決定したカテゴリを総合して，全体分析を実施し，最終的なカテゴリ，その一つ前をサブカテゴリとして決定した。
5）分析の妥当性を確保するため，1）～4）の分析はまず第1著者が行い，次に第3著者とともに1）～4）のラベル化，カテゴリ化の全過程において，抽象化の妥当性について繰り返し検討を行い，さらに共同研究者によるpeer examinationと第2著者からのスーパーバイズを分析の全過程において受けた。

上記で見出されたカテゴリ，サブカテゴリ，およびサブカテゴリに統合される前のラベルであり，具体的内容が判断できる3次ラベルに基づき，埋め込み患者が日常生活で感じている困難とその対応について考察を行うこととした。

5．倫理的配慮

本研究の開始に先立ち，対象者に対して説明文書に基づいて，研究の意義と目的，研究への参加をお願いする理由，研究への参加は任意であり，参加の同意をしなくても診療上の不利益を受けないこと，研究への参加に同意した後でもいつでも不利益を受けることなく同意を撤回できること，研究の方法，研究の期間，研究者の所属，職名及び氏名，予想される研究の結果，研究に参加することにより期待される利益及び起こりうる危険並びに必然的に伴う不快な点，研究終了後の対応，研究計画の閲覧，個人情報の保護，知的財産権の帰属，研究結果の公表，研究の資金源，研究に伴う補償，研究に関する問い合わせ先，苦情の窓口について口頭で説明を行った。その後，対象者になることについて本人の自由意思に基づいた同意を文書により得た。

面接調査の実施およびデータの管理にはプライバシー保護に配慮し，体調の変化などあった場合には，外来部門と連携し，処置室へ案内できるよう調整を行った。

本研究の実施に際しては，当該施設の臨床研究倫理審査委員会における承認を得た。

V．研究結果

1．対象者の概要

対象者の性別は男性1名，女性2名であり，60歳代後半2名，70歳代前半1名であった。男性は有職者であり，女性は専業主婦と医療従事者であった。ペースメーカー埋め込みが適用された原疾患はともに洞不全症候群であった（表1）。また，対象者の概要は表1に示す。

2．ペースメーカー埋め込術を受けた患者の退院後の日常生活における困難

分析の結果，退院後の日常生活における困難として5つのカテゴリと18のサブカテゴリが見出された（表2）。

以下，カテゴリ【 】，サブカテゴリ『 』，3次ラベル《 》について，カテゴリ別に説明する。

1）【ペースメーカーの動作を保証するための行動の制約】

『電磁波の影響がある家電・業務機器は使えない』は，《IHは身近で使えない》，《IHを用いた機械がペースメーカーに与える影響が気になる》，《電磁気の影響をおよぼすIHは使用が禁止されている》，《溶接機が使用できない》を含んでいた。なお，この溶接機は仕事で用いるものでなく，日常生活で使用するものを患者が家庭で作製しよう

表1　対象者の概要

項目	A氏	B氏	C氏
年代	70歳代 前半	60歳代 後半	60歳代 後半
性別	女性	男性	女性
原疾患	洞不全症候群（洞性徐脈）	洞不全症候群 （徐脈頻脈症候群）	洞不全症候群 （徐脈頻脈症候群）
職業生活	主婦業	鉄鋼加工業／家庭菜園	医療従事者
家庭生活	主婦業	特になし	特になし／ 土日のみ主婦業
地域生活	町内会活動／ 勉強会への参加	町内会役員（墓地管理）	絵画教室／ プールでのウォーキング
埋め込み後 経過期間	3ヶ月	1ヶ月	4ヶ月
家族構成	独居	母親と妻と同居	夫（無職）・ 息子夫婦（共働き）と同居

としていたため，ここに含んだ。『埋め込み部を圧迫するため安全性を損なう装具や使用できない機器がある』は，《助手席に乗るとシートベルトが埋め込み部に当たってしまう》，《ペースメーカーに当たらないようシートベルトを脇の下から締めるため，事故への備えにならない》，《埋め込み部に当たる農機具が使えない》が含まれた。『埋め込み後，うっかり，禁止されている動作をしてしまう』には，《埋め込み術後，うっかり左腕を肩以上に挙げてしまうことがある》，《PHSは埋め込み側での使用を禁止されているが，気を付けていても使用してしまう》，《重いものを一度にもつような力仕事は禁止されているが自覚せずに持ってしまった》，《症状がでなければ自覚できないため，日常生活上の注意をされている行動をしてしまう》が含まれた。

2）【埋め込み後の身体症状の変化に伴う戸惑い】

『左胸に違和感があるためペースメーカーを埋め込んでいることを意識させられる』には，身体症状として現れる《左胸に違和感があるためペースメーカーが埋め込んでいることを自覚する》，《ペースメーカーを埋め込んでいることを意識していかなければならない》が含まれた。次に，『埋め込み前に自覚した症状の体験から，症状の出現を不安に感じる』には，《外出時に体調不良となった経験から，埋め込み後，一人で出かけることに不安を感じる》，《既往症の重い症状の体験から仕事中に起きる症状に恐怖を感じる》が含まれた。『埋め込み後の予期しない症状に戸惑う』は，《埋め込み術後，予測しない失神発作が起きるため戸惑う》，《術後数カ月間階段を上ったあと脈がすぐ元に戻らず気になる》，《検脈のときに脈の乱れがある》があり，埋め込みにより症状がなくなるという予想に反する出来事への心理的な負担が含まれた。

『行動制限の影響による体重増加が身体の負担になる』は，《行動制限に伴う体重増加が身体の負担になる》が含まれた。また，『埋め込み後，無理がきかない』というカテゴリも，《仕事中に自覚症状があり，無理ができないと感じる》，《親類から介護の依頼があるが，できない》，《左胸にペースメーカーが触れるため，無理ができないと思う》，《ペースメーカーの埋め込み術後，常に無理はできないと思う》が含まれており，埋め込み患者の日常生活における制限を示す。『健康面の自信がなくなったため，自重しなければならない』には，《自分では大丈夫と思う反面，健康について自信がなくなった》，《同僚に心配をかけるため，自重しなければいけないと思う》が含まれた。

3）【楽しみや自分らしく生きることへの制限】

『埋め込み後，楽しみや居心地のよさが損なわれる』には，《寝る時，埋め込み部がつれるため楽な姿勢がとれない》，《前かがみを禁止されて

表2　ペースメーカー埋め込みを受けた患者の退院後の日常生活における困難

カテゴリー	サブカテゴリー	3次ラベル
ペースメーカーの動作を保証するための行動の制約	電磁波の影響がある家電・業務機器は使えない	IHは身近で使えない
		IHを用いた機械がペースメーカーに与える影響が気になる
		電磁気の影響をおよぼすIHは使用が禁止されている
		溶接機が使用できない
	埋め込部を圧迫するため安全性を損なう装具や使用できない機器がある	助手席に乗るとシートベルトが埋め込み部に当たってしまう
		ペースメーカーに当たらないようシートベルトを脇の下から締めるため，事故への備えにならない
		埋め込み部に当たる農機具が使えない
	埋め込み後，うっかり，禁止されている動作をしてしまう	埋め込み術後，うっかり左腕を肩以上に挙げてしまうことがある
		PHSは埋め込み側での使用を禁止されているが，気を付けていても使用してしまう
		重いものを一度にもつような力仕事は禁止されているが自覚せずに持ってしまった
		症状がでなければ自覚できないため，日常生活上の注意をされている行動をしてしまう
埋め込み後の身体症状の変化に伴う戸惑い	左胸に違和感があるためペースメーカーを埋め込んでいることを意識させられる	左胸に違和感があるためペースメーカーが埋め込んでいることを自覚する
		ペースメーカーを埋め込んでいることを意識していかなければならない
	埋め込み前に自覚した症状の体験から，症状の出現を不安に感じる	外出時に体調不良となった経験から，埋め込み後，一人で出かけることに不安を感じる
		既往症の重い症状の体験から仕事中に起きる症状に恐怖を感じる
	埋め込み後の予期しない症状に戸惑う	埋め込み術後，予測しない失神発作が起きるため戸惑う
		術後数カ月間階段を上ったあと脈がすぐ元に戻らず気になる
		検脈のときに脈の乱れがある
	行動制限の影響による体重増加が身体の負担になる	行動制限に伴う体重増加が身体の負担になる
	埋め込み後，無理がきかない	仕事中に自覚症状があり，無理ができないと感じる
		親類から介護の依頼があるが，できない
		左胸にペースメーカーが触れるため，無理ができないと思う
		ペースメーカーの埋め込み術後，常に無理はできないと思う
	健康面の自信がなくなったため，自重しなければならない	自分では大丈夫と思う反面，健康について自信がなくなった
		同僚に心配をかけるため，自重しなければいけないと思う
楽しみや自分らしく生きることへの制限	埋め込み後，楽しみや居心地のよさが損なわれる	寝る時，埋め込み部がつれるため楽な姿勢がとれない
		前かがみを禁止されているため草取りができず，荒れた庭で生活を余儀なくされる
		溶接機が使用できないため日常生活で使用したいものが作れない
埋め込み後に生じる経済・心理的負担	仕事ができず経済的負担が生じる	経済的負担を軽減するため早期の仕事復帰を望むが，術後1～2週間様子をみることを余儀なくされる
		埋め込み術後の病欠により経済的な負担がある
	一人での遠出や車の運転に不安を感じる	大丈夫だとは思うが，遠出は一人ではできない
		一人で外出時に体調不良となった経験から，一人で出かけることが不安である
		埋め込み後，車の運転時，事故を起こす不安があった
社会活動や人間関係に関する心理的負担	体調や仕事が身体におよぼす影響について家族に心配をかけている	別居している子どもに体調について心配をかけている
		家族はペースメーカーや日常生活についての安否の確認を頻繁にしている
		重いものを持とうとすると家族が心配する
		術前同様に仕事することで家族に心配をかけている
	説明された禁止行動をとり，医師に心配させてしまう	禁止行動をとった後，医師から注意を受け，一生懸命な医師に申し訳なく感じる
	職場の同僚や上司に体調や職務遂行について余計な心配をかけている	退院後，翌週から仕事を再開したため職場の同僚に心配をかけている
		職場の同僚に体調や職務遂行について気遣わせている
		職場の上司に身体の心配をかけている
	ペースメーカー埋め込みについて話すことを躊躇する	友人に余計な心配をかけさせないため，埋め込みについて話すことを躊躇する
	友人に生活上の手助けや気遣いをさせている	友人の気遣いは断ることができない
		友人の好意による代行を，自分でできるとは言えない

いるため草取りができず，荒れた庭で日常生活を余儀なくされる》，《溶接機が使用できないため望むものが作れない》が含まれた。

4）【埋め込み後に生じる経済・心理的負担】

『仕事ができず経済的負担が生じる』には，《経済的負担を軽減するため早期の仕事復帰を望むが，術後1～2週間様子をみることを余儀なくされる》，《埋め込み術後の病欠により経済的な負担がある》が含まれた。次に，『一人での遠出や車の運転に不安を感じる』には，《大丈夫だとは思うが，遠出は一人ではできない》，《一人で外出時に体調不良となった経験から，一人で出かけることが不安である》，《埋め込み後，車の運転時，事故を起こす不安があった》が含まれた。

5）【社会活動や人間関係に関する心理的負担】

患者の最も身近な家族に関連するものとして，『体調や仕事が身体におよぼす影響について家族に心配をかけている』は，《別居している子どもに体調について心配をかけている》，《家族は，ペースメーカーや日常生活についての安否の確認

を頻繁にしている》，《重いものを持とうとすると家族が心配する》，《術前同様に仕事することで家族に心配をかけている》が含まれた。次に，患者の身体について最も信頼を寄せる医師について，『説明された禁止行動をとり，医師に心配させてしまう』として，《禁止行動をとった後，医師から注意を受け，一生懸命な医師に申し訳なく感じる》が含まれた。『職場の同僚や上司に体調や職務遂行について余計な心配をかけている』には，《退院後，翌週から仕事を再開したため職場の同僚に心配をかけている》，《職場の同僚に体調や職務遂行について気遣わせている》，《職場の上司に身体の心配をかけている》が含まれた。『ペースメーカー埋め込みについて話すことを躊躇する』には，《友人に余計な心配をかけさせないため，埋め込みについて話すことを躊躇する》を含まれた。『友人に日常生活上の手助けや気遣いをさせている』は，《友人の気遣いは断ることができない》，《友人の好意による代行を，自分でできるとは言えない》といった気遣への負担も見出された。

３．ペースメーカー埋め込術を受けた患者の退院後の日常生活における困難への対応

ペースメーカー埋め込術を受けた患者の退院後の日常生活における困難への対応として，7つのカテゴリおよび24のサブカテゴリが見出された（表3）。

１）【ペースメーカー動作の保証に必要な行動の制約を守るための工夫】

『体調管理のため検脈を習慣にする』には，《1日1回検脈を習慣とする》，《毎朝決まった時間に検脈をする》，《ウォーキング時，心臓の負担になっていないか確認するため検脈をする》が含まれていた。『日常生活上の禁止行動はとらないようにする』は，《埋め込み後，日常生活上で，禁止されていることは絶対しないようにする》，《禁止されたため手を肩以上に挙げないよう注意する》が含まれた。『電磁波の影響のある機器は安全な距離で使用する』には，《IHの器具は，身体から離して使っている》が，『電磁波の影響や強い磁力のある機器は使用したり近づいたりしないようにする』には，《PHSは埋め込み側で使用しないよう注意する》，《溶接機は使用禁止であるため使用していない》，《職場のMRは使用が禁止されているので近づかないようにする》が含まれた。また，『埋め込み部を圧迫しないような行動制限や工夫をする』は，《農機具が埋め込み部に当たるため，地域活動の農作業を控えている》，《埋め込み部に当たらないような農機具を使っている》，《助手席でシートベルトが直接埋め込み部に当たらないよう，脇の下から締めている》が含まれ，『埋め込み部を圧迫しないような装具や補助具を用いている』は，《農機具が，埋め込み部に当たっても大丈夫なように，当て物で保護する》，《洗濯物を干すのに重いものを持たずに済む補助具を利用する》，が含まれた。

２）【ペースメーカーの動作に影響を及ぼす行動と機器の情報の探求】

『ペースメーカーに関する注意点を様々な情報源から得ている』には，《ペースメーカーについて気になることは，かかりつけ医に相談してアドバイスを受けている》，《ペースメーカー手帳を読んで，不安なことや禁止行動を確認する》，《ペースメーカーに関するパンフレットを，夕食後しばしば読むようにする》，《ペースメーカーに関するパンフレットを，すぐ読める場所に置いている》，《ペースメーカーに関して不安に思うとき，インターネットで調べている》が含まれた。

『日常生活上用いる家電・業務機器の安全性を確認した上で使用する』は，《影響する可能性のある家電の使用は医師に相談する》，《職場に設置されている医療機器がペースメーカーに問題がないことを確認する》，《パンフレットで，仕事のとき使用禁止である機械を確認する》，《仕事で使用する機械が禁止されていないことを確認のうえ使用する》，《日常用いる日常生活機器の安全性を確認する》が含まれた。

『日常生活上の禁止行動を医師に確認する』は，《仕事での禁止行為を医師に確認する》，《ペースメーカーの埋め込み部を当て物で保護して機械を使ってよいか医師に確認しようとする》，《仕事やプールのウォーキングを術前どおりしてよいか，かかりつけ医に確認した》が含まれた。

３）【身体症状とその変化への対応】

『身体症状の出現時にはすぐ医師に確認する』は《失神した後すぐに医師の診察を受ける》，《症状が出てきた時は，かかりつけの医師にすぐに相談する》，《術後に階段を上った後，脈がすぐ元に戻らないことをかかりつけ医に相談する》

表3　ペースメーカー埋め込みを受けた患者の退院後の日常生活における困難への対応

カテゴリー	サブカテゴリー	3次ラベル
ペースメーカー動作の保証に必要な行動の制約を守るための工夫	体調管理のため検脈を習慣にする	1日１回検脈を習慣とする
		毎朝決まった時間に検脈をする
		ウォーキング時，心臓の負担になっていないか確認するため検脈をする
	日常生活上の禁止行動はとらないようにする	埋め込み後，日常生活上で，禁止されていることは絶対しないようにする
		禁止されたため手を肩以上に挙げないよう注意する
	電磁波の影響のある機器は安全な距離で使用する	IHの器具は，身体から離して使っている
	電磁波の影響や強い磁力のある機器は使用したり近づいたりしないようにする	PHSは埋め込み側で使用しないよう注意する
		溶接機は使用禁止であるため使用していない
		職場のMRIは使用が禁止されているので近づかないようにする
	埋め込部を圧迫しないような行動制限や工夫をする	農機具が埋め込み部に当たるため，地域活動の農作業を控えている
		埋め込み部に当たらないような農機具を使っている
		助手席でシートベルトが直接埋め込み部に当たらないよう，脇の下から締めている
	埋め込部を圧迫しないような装具や補助具を用いている	農機具が，埋め込み部に当たっても大丈夫なように，当て物で保護する
		洗濯物を干すのに重いものを持たずに済む補助具を利用する
ペースメーカーの動作に影響を及ぼす行動と機器の情報の探求	ペースメーカーに関する注意点を様々な情報源から得ている	ペースメーカーについて気になることは，かかりつけ医に相談してアドバイスを受けている
		ペースメーカー手帳を読んで，不安なことや禁止行動を確認する
		ペースメーカーに関するパンフレットを，夕食後しばしば読むようにする
		ペースメーカーに関するパンフレットを，すぐ読める場所に置いている
		ペースメーカーに関して不安に思うとき，インターネットで調べている
	生活上用いる家電・業務機器の安全性を確認した上で使用する	影響する可能性のある家電の使用は医師に相談する
		職場に設置されている医療機器がペースメーカーに問題がないことを確認する
		パンフレットで，仕事のとき使用禁止である機械を確認する
		仕事で使用する機械が禁止されていないことを確認のうえ使用する
		日常用いる生活機器の安全性を確認する
	日常生活上の禁止行動を医師に確認する	仕事での禁止行為を医師に確認する
		ペースメーカーの埋め込み部を当て物で保護して機械を使ってよいか医師に確認しようとする
		仕事やプールのウォーキングを術前どおりしてよいか，かかりつけ医に確認した
身体症状とその変化への対応	身体症状の出現時にはすぐ医師に確認する	失神した後すぐに医師の診察を受ける
		症状が出てきた時は，かかりつけの医師にすぐに相談する
		術後に階段を上った後，脈がすぐ元に戻らないことをかかりつけ医に相談する
	埋め込み後も持続する症状を薬で調整する	意識が不鮮明になる症状は薬で調整するしかない
	体調に留意して事故を起こさないため活動を制限する	体調に違和感があるときは，遠出や車の使用を控えている
	活動と休息のバランスをとり身体的な負担を軽減する	術後，階段はゆっくり歩くようにする
		食後，短時間寝て，休息をとるようにする
		術後，遠出や旅行のときは身体に負担にならない程度しようとする
	体調の回復を確認しながら生活の範囲を徐々に拡大する	退院直後，仕事は午前中だけで様子をみる
		健康維持のためのプールのウォーキングは術後3ヶ月過ぎてから再開するようにした
		一人で出かけることが不安であったため，術後3ヶ月は趣味の活動を休むようにした
		車の運転は，退院後１週間過ぎてから始めた
		体の負担にならないようにウォーキングの距離を徐々に増やす
		散歩の距離を，徐々に増やし体力の維持に努めている
万が一の症状出現への備え	外出時は電車を使ったり家族と一緒に行動する	遠方に外出するときは（車ではなく）電車を使っている
		遠出するときは，万が一に備え家族と一緒にいくようにする
	万が一に備え他者に迷惑がかからないように行動する	運転時，万が一の場合他者に迷惑がかからないよう，左側車線を走行する
		職場の同僚が心配するため，職務の遂行の安全について医師に確認することを説明する
	万が一に備え，救急処置友人の助けが得られるようにする	外出時，ペースメーカー関連の道具を携帯し，万が一のとき救急処置ができるようにする
		外出時，ペースメーカー関連の道具を入れたポシェットを携帯し，万が一のときペースメーカ埋め込み患者であることが分かるようにする
		運転時，車に身体障害者の表示をつけている
		万が一のときは，救急対応してほしいと友人に伝えている
身体症状の変化への心構え	くよくよしない	くよくよ考えないようする
	無理はできないが，出来る範囲のことは自分なりにしたいと思う	ペースメーカー埋め込み後，無理をしないように戒めている
		できる範囲のことは自分なりする
		町内会の班長の役割は，元気なうちは，果たそうと考えている
楽しみを得たり自分らしく生きるための工夫	行動の制限があっても楽しみや居心地がよくなるようにする	ペースメーカー埋め込み部がつれる感じがするため，左側臥位のとき浅い角度で寝たり，右側臥位で寝たり，仰臥位をとったりする
家族や周囲からのサポートを得る	ペースメーカーの影響のない生活機器の準備や埋め込部の保護ができるよう家族が手伝ってくれる	医師の説明を家族が一緒に聞いてくれた
		シートベルトがペースメーカー埋め込部に当たる部分に，家族が保護具をつけてくれている
		普段用いる生活機器はペースメーカーに影響しないものを家族が準備してくれる
		術後１週間は家族が車で送り迎えしてくれた
	人を雇い身体への負担を軽減する	庭木の手入れは専門の人を雇っている
	禁止された機器の使用は友人や周りの人の助けを借りている	ペースメーカー埋め込み術を受けたことは，信頼できる友人には説明する
		自分でできないことは，友人や近隣の人に依頼する
		重いものを持つときは家族や周りの力を借りている
		農機具を使用するときは友人に頼んでいる
		農機具の使用は禁止されていないが，友人が気遣ってくれるため頼んでいる
	地域活動でできないことは周りの人たちに依頼する	地域活動の農作業は，他の同じ係の人に頼んでいる

を含み，『ペースメーカー埋め込み後も持続する症状を薬で調整する』は，《意識が不鮮明になる症状は薬で調整するしかない》が含まれていた。

『体調に留意して事故を起こさないため活動を制限する』は，《体調に違和感があるときは，遠出や車の使用を控えている》を含み，『活動と休息のバランスをとり身体的な負担を軽減する』は《術後，階段はゆっくり歩くようにする》，《食後，短時間寝て，休息をとるようにする》，《術後，遠出や旅行のときは身体に負担にならない程度しようとする》を，『体調の回復を確認しながら日常生活の範囲を徐々に拡大する』は，《退院直後，仕事は午前中だけで様子をみる》，《健康維持のためのプールのウォーキングは術後3ヶ月過ぎてから再開するようにした》，《一人で出かけることが不安であったため，術後3ヶ月は趣味の活動を休むようにした》，《車の運転は，退院後１週間過ぎてから始めた》，《体の負担にならないようにウォーキングの距離を徐々に増やす》，《散歩の距離を，徐々に増やし体力の維持に努めている》が含まれていた。

４）【万が一の症状出現への備え】

『外出時は電車を使ったり家族と一緒に行動する』には，《遠方に外出するときは（車ではなく）電車を使っている》，《遠出するときは，万が一に備え家族と一緒にいくようにする》が，『万が一に備え他者に迷惑がかからないように行動する』には，《運転時，万が一の場合他者に迷惑がかからないよう，左側車線を走行する》，《職場の同僚が心配するため，職務の遂行の安全について医師に確認することを説明する》が，『万が一に備え，救急処置友人の助けが得られるようにする』には，《外出時，ペースメーカー関連の道具を携帯し，万が一のとき救急処置ができるようにする》，《外出時，ペースメーカー関連の道具を入れたポシェットを携帯し，万が一のときペースメーカー埋め込み患者であることが分かるようにする》，《運転時，車に身体障害者の表示をつけている》，《万が一のときは，救急対応してほしいと友人に伝えている》が含まれた。

５）【身体症状の変化への心構え】

『くよくよしない』には，《くよくよ考えないようする》が含まれ，『無理はできないが，出来る範囲のことは自分なりにしたいと思う』には，《ペースメーカー埋め込み後，無理をしないように戒めている》，《できる範囲のことは自分なりする》，《町内会の班長の役割は，元気なうちは，果たそうと考えている》が含まれた。

６）【楽しみを得たり自分らしく生きるための工夫】

『行動の制限があっても楽しみや居心地がよくなるようにする』は，《ペースメーカー埋め込み部がつれる感じがするため，左側臥位のとき浅い角度で寝たり，右側臥位で寝たり，仰臥位をとったりする》であった。

７）【家族・周囲からのサポートを得る】

『ペースメーカーの影響のない日常生活機器の準備や埋め込み部の保護ができるよう家族が手伝ってくれる』には，《医師の説明を家族が一緒に聞いてくれた》，《シートベルトがペースメーカー埋め込み部に当たる部分に，家族が保護具をつけてくれている》，《普段用いる日常生活機器はペースメーカーに影響しないものを家族が準備してくれる》，《術後１週間は家族が車で送り迎えしてくれた》が含まれた。また，『人を雇い身体への負担を軽減する』は，《庭木の手入れは専門の人を雇っている》が，『禁止された機器の使用や動作は友人や周りの人の助けを借りている』には，《ペースメーカー埋め込み術を受けたことは，信頼できる友人には説明する》，《自分でできないことは，友人や近隣の人に依頼する》，《重いものを持つときは家族や周りの力を借りている》，《農機具を使用するときは友人に頼んでいる》，《農機具の使用は禁止されていないが，友人が気遣ってくれるため頼んでいる》が含まれた。『地域活動でできないことは周りの人たちに依頼する』には，《地域活動の農作業は，他の同じ係の人に頼んでいる》が含まれた。

Ⅶ．考察

困難への対応は，独立して存在するものではなく，困難が生じたための行動である。従って，インタビューの素データにある文脈，または3次ラベル間の関係を検討することで，見出された困難と対応の関係を把握することが可能だと考えられる。例えば，【埋め込み後の身体症状の変化に伴う戸惑い】については，下位の3次ラベル《外出時に体調不良となった経験から，埋め込み後，一人で出かけることに不安を感じる》が，【身体症状とその変化への対応】の《一人で出かけること

が不安であったため，術後3ヶ月は趣味の活動を休むようにした》と対応する関係にあると考えられる。このように困難と対応のカテゴリの関係を整理した結果，図1が導き出された。

困難と対応の関係を特定することは，すなわち埋め込み患者が退院後の日常生活で行っているセルフマネジメントの様式を特定することであると考えられる。そこから，埋め込み患者が，快適な日常生活を過ごすための示唆が得られると考える。

1．退院後の日常生活における埋め込み患者の困難と対応の関係

図1から，困難の中には，患者が複数の対応をとるものがあると考えられた。例えば，【ペースメーカーの動作を保証するための行動の制約】は，【ペースメーカー動作の保証に必要な行動制限を守るための工夫】と，【ペースメーカーの動作に影響を及ぼす行動と機器の情報の探求】，【家族や周囲からのサポートを得る】の3つの対応がとられている。また，【埋め込み後の身体症状の変化に伴う戸惑い】には，【身体症状とその変化への対応】，【万が一の症状出現への備え】，【身体症状の変化への心構え】，【家族や周囲からのサポートを得る】の4つの対応がとられており，【楽しみや自分らしく生きることへの制限】には【楽しみを得たり自分らしく生きるための工夫】と【家族や周囲からのサポートを得る】の2つの対応がとられていると考えられた。

まず，複数の困難に共通して対応している【家族や周囲からのサポートを得る】に着目して考える。

【家族や周囲からのサポートを得る】は，ある困難に患者自身が対応できない場合，家族や周囲からの協力を得て，対応することである。つまり，【家族や周囲からのサポートを得る】こと自体は，直接困難を解決する対応ではなく，埋め込み患者がサポートを得ることにより，例えば，本来患者自身が行っている【ペースメーカー動作の保証に必要な行動制限を守るための工夫】の対応を，間接的にとることができるということである。その他のカテゴリが患者自身で直接実施できる対応を意味するのに対して，この【家族や周囲からのサポートを得る】は，患者が他者の介在を得るという間接的な対応であり，質が異なるものと考えられる（図中の二重線の矢印）。

次に，【家族や周囲からのサポートを得る】以外の，患者自身が行う対応に焦点を当て，考える。

対応は，基本的に一つの困難に対応しているのみ，すなわち同時に複数の困難へ対応していないと考えられる。具体的に言えば，【ペースメーカーの動作を保証するための行動の制約】に対応する【ペースメーカー動作の保証に必要な行動制限を守るための工夫】，【ペースメーカーの動作に影響を及ぼす行動と機器の情報の探求】は1つのグループにまとめられ，これが一つの困難とその困難に関係をもつ対応のグループになっていると考

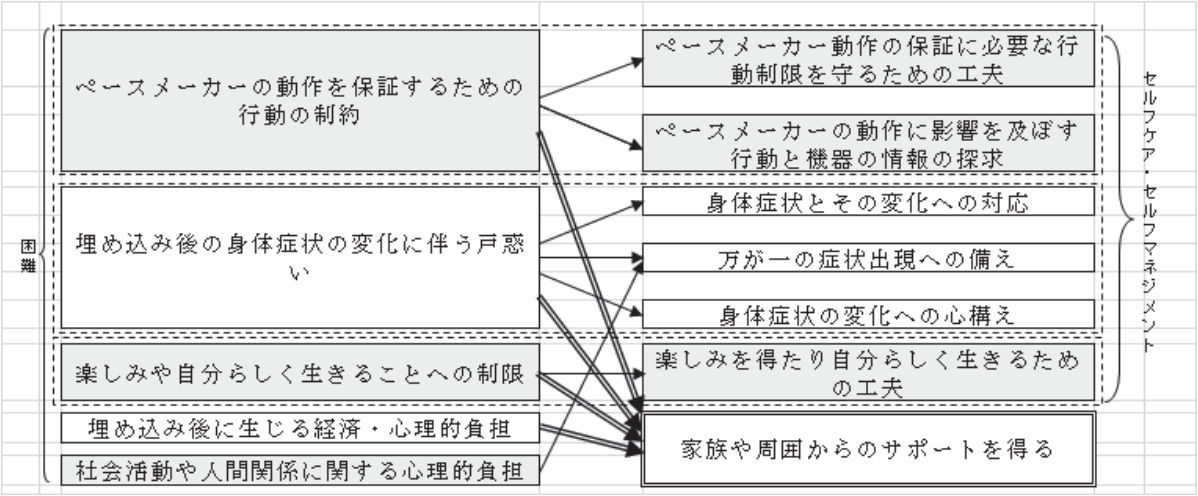

図1　埋め込み患者の退院後における日常生活の困難および対応の関係
→:患者自身が行う困難への対応
⇒:患者自身では行えず他者のサポートにより行う対応

えられる（図中の点線による囲み）。

ただし，【万が一の症状出現への備え】という対応は，例外的に【埋め込み後の身体症状の変化に伴う戸惑い】と【社会活動や人間関係に関する心理的負担】の2つの異なる困難に対応している。

また，【埋め込み後に生じる経済・心理的負担】は，患者自身では直接困難を解消できず，その結果サポートを得るという間接的な対応のみ関係していると考えられる。本来は，患者自身で直接，対応をしたいと考えているものの，患者が一人では解決できない困難であり，そのために他者の介在，すなわち支援や協力が必要な状況に置かれるという特徴を示唆していると考えられる。

このように，患者は，患者自身で，複数ある困難に対して，それぞれ異なる様相をもったいくつかの対応をとっている。しかし，それらの対応が患者自身でとることができなくなった場合，【家族や周囲からのサポートを得る】ことで対応をしている。特に，【埋め込み後に生じる経済・心理的負担】の困難は，【家族や周囲からのサポートを得る】のみが対応している。これは，ソーシャルサポートの活用の重要性を示唆すると考えられる。

稲垣ら[7]により，「心疾患患者のQOLは自己効力感やソーシャルサポートによって高められている」とあることからも，この対応のカテゴリは，患者が退院後に快適な生活を過ごすうえでは重要であると考えられる。したがって，埋め込み患者のソーシャルサポートの状況を把握し，リソースが乏しいと考えられる埋め込み患者には患者会などを紹介するといった支援が有効であると考えられる。

【社会活動や人間関係に関する心理的負担】は，【万が一の症状出現への備え】で対応しているが，それは同時に【埋め込み後の身体症状の変化に伴う戸惑い】への対応にもなっており，例外的な2つの異なる困難への対応であると考えられた。したがって，【万が一の症状出現への備え】を，退院前に埋め込み患者に説明することは，同時に2つの困難にあらかじめ対応できる，効果的な看護援助であると考えられる。

本研究で収集した分析結果からは，それ以外の，複数の困難に対応するカテゴリは見出せなかった。しかし，例えば【社会活動や人間関係に関する心理的負担】に含まれる《体調や仕事が身体に及ぼす影響について家族に心配をかけている》という困難は，その家族がペースメーカーの管理に関する知識を得ることにより，【患者自身がペースメーカー動作の保証に必要な行動の制約を守るための工夫】を確認してその心配を軽減できるようになることとも考えられる。このように考えると，家族や職場の同僚や上司に情報提供を行い，ペースメーカーへの理解を促進することにより，【ペースメーカーの動作を保証するための行動の制約】と【社会活動や人間関係に関する心理的負担】の2つの困難に同時に対応できるとも考えられる。

唐沢[8]の文献には，埋め込み後の日常生活の注意事項として，労働，運動，旅行，車の運転，入浴，自覚症状，電気製品に関する注意をあげ，それらに関する制限の有無や対応について概要を述べてある。しかし，それら注意が必要な根拠は，網羅されておらず，家庭や職場に復帰した後の社会活動や人間関係に関する留意点についても触れられていない。また，【ペースメーカーの動作を保証するための行動の制約】に該当する記述において，ペースメーカーに影響が及ぶため近づくこと・使用することができない電気器具を具体的に示しているが，それらを使うことが必須の日常生活や職業生活を送っている場合の対応については述べられていない。

このように，困難と対応に関するカテゴリを導出し，その関係性を整理した結果，まず，ソーシャルサポートの重要性がより具体的に明確になった。また，患者の困難の性質を把握すれば，どのような方向の対応をとればいいかについての示唆も得られると考えられた。

２．困難に対する看護援助

次に，図1の困難と対応の関係の特徴を踏まえた上で，困難のカテゴリから見た対応について，それぞれの特徴や問題点を考察し，看護援助について検討していく。

１）ペースメーカーの動作を保証するための行動の制約に対する看護援助

【ペースメーカーの動作を保証するための行動の制約】には【ペースメーカー動作の保証に必要な行動の制約を守るための工夫】，【ペースメーカーの動作に影響を及ぼす行動と機器の情報の探求】，【家族・周囲からのサポートを得る】が対応している。

ここでは，①ペースメーカーの動作を保証するための，患者の個別性に応じた適切な情報の提供，②日常生活で習慣的に行ってきた禁止行動をとらないための具体的な工夫の提案が，新たな看護援助として考えられた。

埋め込み術後，機械動作に悪影響を及ぼさないための様々な日常の行動制限が生じる。埋め込み患者は，ペースメーカー動作を適正に保ちたいと考え，制限事項を遵守したいという気持ちをもつ。禁止事項を遵守するため，ペースメーカー手帳やパンフレットを読んだり，インターネットから自分で調べたりし，自分自身で判断できないことは，医師に相談・確認している。これらのことから，埋め込み患者は日常生活が制限・制約されても，ペースメーカーの管理のため，日常生活の制限や禁止事項の遵守に努めていると考えられる。

Barbar[9]によると，「その人に準備状態ができたとき（すなわち彼が何かを知る必要があると感じたとき）に学習は最も効果をあげる」とあり，セルフマネジメントを促進するため，健康探究を積極的に行っている患者に様々な知識や情報を提供することは有効だと考えられる。ただし，例えば強い電磁波が近くにあるなど，職業・住居環境に問題があれば，電波状態を調べる環境調査を依頼[10]することが必要な場合もある。そのため，一般的な説明でも患者自身で安全を保証できるか判断し，場合に応じて適切な情報を提供することが重要な看護援助になると考えられる。

一方，積極的に遵守の姿勢を見せてはいるものの，埋め込み患者が習慣的に行ってきた行動は，禁止されているにも関わらず行ってしまい，行ったあと気づいて不安に感じるという場合もある。この背景には，埋め込み術によってそれまでの症状が無自覚になることも要因であると推察される。

3次ラベルのレベルでみた場合，この困難への対応は，《埋め込み後，日常生活上で，禁止されていることは絶対しないようにする》《禁止されたため手を肩以上に挙げないよう注意する》が該当するが，これはすなわち「無自覚でつい行ってしまうことに，注意して対応する」つまり，「無意識にしてしまうことを意識する」となり矛盾が生じる。

それらの行動は極端に重いものを持ったり，一日に何度も繰り返したりする過剰な運動でない限りは大きな問題にはならない[11]のであり，行動の制約や機器の禁止を強調すると，患者自身による統制感が希薄になり，自分自身の生活を制限しすぎたり消極的になる恐れがある[12]。そのためには患者自身の工夫で対応ができるよう，例えばペースメーカー埋め込み側の手で携帯電話をとらないよう，反対側のポケットなどに入れておくといった，具体的な工夫の提案が有効な看護援助と考えられる。

2）埋め込み後の身体症状の変化に伴う戸惑いに対する看護援助

【埋め込み後の身体症状の変化に伴う戸惑い】には，【身体症状とその変化への対応】，【万が一の症状出現への備え】，【身体症状の変化への心構え】，【家族・周囲からのサポートを得る】が対応関係にあった。

ここでは，①埋め込み後の症状再発への不安といった精神的苦痛の軽減のため，退院後予想される症状や社会復帰の見通しなどについて説明する援助が考えられた。

心臓疾患による症状は生命の危機感を生じやすい。そのため，一般的に患者はペースメーカー埋め込術後，術前と同じ日常生活が可能になると説明を受ける[13]が，埋め込み患者は症状再発の不安をもち，自重したり無理がきかないという気持ちをもつと推察される。そのため，無理はしないように，徐々に体力を維持・回復させる努力をおこない，また，何らかの症状があった場合は受診行動をとり，かつ，普段からそのための心構えをもつようにしている。また，万が一，失神発作が起きた場合もすぐに応急処置できるよう準備をしたり，周囲のサポートを受けられるよう調整を行うなどしている。

これらの困難と対応は，循環機能障害をもつ患者全般に概ね当てはまると考えられる。従って，埋め込み患者に特徴的なものだとは言い切れない。しかし，すべての対象者からこの困難のカテゴリは抽出されているため，重要であると考える。

埋め込み後の日常生活における注意点に関する文献では，主にペースメーカーに影響を及ぼす電子機器に関すること[14]，不具合を生じさせないための注意点[15]に問題の焦点が絞られている。しかし，埋め込み患者の退院後の生活の質を考慮すると，精神的苦痛の軽減に対する看護援助も行うべきだと考えられる。

臨床上，ペースメーカー埋め込みの適用となる

原疾患によって発作再発の頻度は異なり，また，患者の心機能の状態によって体力の維持・向上のための適切な活動拡大のペースは異なる。従って，患者の状態をアセスメントし，かつ医師から治療方針を確認するなどして，退院後の予想される症状の発生や，どの程度のペースで社会復帰をすべきか，埋め込み患者に具体的な見通しがつくよう説明することは，有効な看護援助になると考えられる。

3）楽しみや自分らしく生きることへの制限に対する看護援助

【楽しみや自分らしく生きることへの制限】への対応は【楽しみを得たり自分らしく生きるための工夫】，【家族・周囲からのサポートを得る】であった。

ここでは，①患者会などのソーシャルサポートの紹介により困難への対応の提供を受けることが新たに考えられた。

埋め込み患者に課せられる禁止行動や機器の使用禁止は，自己実現に影響する要素でもあり，それらの困難に対し，様々な工夫を行って対応をしていると考えられた。

具体的には，寝るときに埋め込み前までとることのできた好みの姿勢がとれないこと，草むしりができないことであり，前者については患者自身で，後者は社会的サポートを得て解決していた。

特に，ペースメーカー埋め込みに伴う行動制限により患者自身が行えないことは，家族や社会的サポートを得ることが解決の重要なポイントになると考えられる。従って，そのようなサポートを患者自身あるいは家族が得られるようなソーシャルサポートのリソースを紹介することも重要な看護援助であると考えられる。このとき，患者会を紹介し，活用することは，これまでに埋め込み後の生活を経験し，自分なりに置かれた生活の中で具体的な困難への対応をしてきた経験の蓄積を提供してもらえるというメリットがある。生活に根差した対応が具体的に得られるという点で有効なリソースとなりえる点でも効果的だと考えられる。

4）埋め込み後に生じる経済・心理的負担を緩和するための看護援助

【埋め込み後に生じる経済・心理的負担】には【家族・周囲からのサポートを得る】のみが対応している。

ここでは，①患者のソーシャルサポートに関するアセスメントを行い，適宜必要な情報提供を行う看護援助の重要性が考えられた。

【埋め込み後に生じる経済・心理的負担】については，経済的に負担が大きい状況に置かれた患者や，独居している患者にとっては特に負担が大きくなる困難と考えられる。しかし，対応が【家族・周囲からのサポートを得る】のみであるため，患者自身では対応できないという点が特徴であり，サポートが得られない場合，解決が難しい問題になると考えられる。

この困難を軽減するためには，早期から埋め込み患者のソーシャルサポートに関するアセスメントを行い，適宜必要だと判断すれば埋め込み患者に適切と考えられるソーシャルサポートについて情報提供していくことが重要となる。

5）社会活動や人間関係に関する心理的負担を緩和するための看護援助

【社会活動や人間関係に関する心理的負担】には，【万が一の症状出現への備え】が対応していた。

ここでは，①患者の家族や周囲の人たちに埋め込みに関する正しい知識を理解してもらえるように，パンフレットなどで説明する援助が重要である，と考えられた。

困難の内容は，家族，職場の同僚や上司，地域といった人間関係で，余計な心配をかける，気遣いを断れず申し訳なく思うなどの負担を感じている，というものである。この困難への対応は，特に『万が一に備え他者に迷惑がかからないように行動する』ことで，周囲への気遣いを緩和しようとしている。

しかし，その対応では『体調や仕事が身体におよぼす影響について家族に心配をかけている』，『説明された禁止行動をとり，医師に心配させてしまう』，『職場の同僚や上司に体調や職務遂行について余計な心配をかけている』，『ペースメーカー埋め込みについて話すことを躊躇する』，『友人に日常生活上の手助けや気遣いをさせている』という困難は十分に解決できているとは考え難い。

野口[16]によると，慢性期疾患をもつ成人患者は「様々な形の社会的支援によって，自尊感情を支えられ，また，ストレスを緩和してセルフケアを行っていくことが可能になる」と述べているが，ペースメーカー埋め込み患者の場合，症状が無自覚である場合や，回復が順調な場合は早期に術前

までADLが自立できるようになることにより，《友人の好意による代行を，自分でできるとは言えない》といった家族や周囲の支援を負担に感じる場合もあると考えられた。

このことから，埋め込み患者に関する正しい知識を家族や周囲の人達にも理解してもらえるよう，例えば，一般の人の理解を促すような説明をパンフレットやペースメーカー手帳に盛り込み，困難の際にそれらで理解を深めてもらうことも必要だと考えられる。それにより，埋め込み患者が負担に感じず，かつ，周囲の支援も過剰にならなくなると考えられる。

Ⅶ．本研究の限界と今後の課題

本研究では，対象条件を限定したことにより症例数が少数となったため，今回の結果をもって一般化することは難しい。また，患者の退院後の日常生活での困難と対応は明らかになり，必要な看護援助が示唆されたが，臨床でそれらが実践されているか，またその実践が十分患者の困難に適切に対応できているかは明らかになっていない。臨床における埋め込み患者への看護援助の実態を明らかにし，本研究で見出された困難と対応とを比較検討していくことで，臨床での退院指導や説明などの看護援助の有効性や問題点を明らかにしていくことが，今後の課題である。

Ⅷ．結論

本研究では以下のような示唆を得られた。

1．退院後の日常生活における困難のカテゴリとして，【ペースメーカーの動作を保証するための行動の制約】【埋め込み後の身体症状の変化に伴う戸惑い】【楽しみや自分らしく生きることへの制限】など5つが見出された。

2．困難への対応のカテゴリとして，【ペースメーカー動作の保証に必要な行動制限を守るための工夫】，【身体症状とその変化への対応】，【楽しみを得たり自分らしく生きるための工夫】，【家族や周囲からのサポートを得る】など7つが見出された。

3．患者の退院後の生活をよりよくするためにソーシャルサポートの活用を促進する看護援助の重要性が示唆された。

4．患者自身による困難とそれらの対応から埋め込み患者の退院後の日常生活が快適に過ごせるための看護援助についての示唆を得ることができた。

謝　辞

本調査を実施するにあたりご協力いただきました循環器センターの苅尾七臣教授，三橋武司准教授，中神理恵子病院助教の先生方に深く感謝申し上げます。

引用文献

1）河野律子，安部治彦：不整脈の治療 ペースメーカ治療，臨床と研究，87(1)；67-72，2010.

2）豊島健：ICD（植込み型除細動器）治療と看護　ICDへの電磁波による影響と日常生活上の注意点，看護技術，51(2)；145-150，2005.

3）林雅道，庄田守男：不整脈診療ステップアップ ペースメーカ・植込み型除細動器（ICD）患者の日常生活上の留意点，JIM: Journal of Integrated Medicine，18(9)；772-775，2008.

4）高鍋なつみ，村田真実：CARE for ONE　症例から学ぶケアのヒント　ペースメーカー植込み術を受けた高齢者患者への日常生活指導段階的な指導を試みて，ハートナーシング，20(10)；1004-1011，2007.

5）高谷晴子，佐々木ひろ子，佐々木英子：ペースメーカー植え込み術患者の外来での日常生活指導　パンフレットを作成して，秋田県農村医学会雑誌，50(1)；33-34，2004.

6）唐沢善子：ベーシック講座　ペースメーカーの治療と看護　ペースメーカー患者の看護と日常生活指導，ハートナーシング，16(10)；1021-1029，2003.

7）稲垣美紀，土居洋子，西上あゆみ：心疾患患者のクオリティ・オブ・ライフに影響する要因―自己効力感とソーシャルサポートとの関連―，HEART nursing，22(8)；863-870，2009.

8）前掲書6），1025-1026

9）Barbara Klug Redman著；武山満智子訳：患者教育のプロセス，医学書院（東京），49，1991.

10）木藤純子：【心身ケアに生かす！　ペースメーカーとICD植込み術のおさえどころ37】ICD植込み患者さんへの心身ケアのおさえどころ17～21，ハートナーシング，20 (9)，886-892；2007.

11）奥山裕司：【これだけは知っておきたい不整

脈の診かたと治療のポイント】　不整脈診療のQ&A　ペースメーカ・ICD患者の日常生活と診療上の注意点，Medicina，42(4)；660-662，2005.
12）前掲書 8)，869
13）2006-1007年度合同研究班報告：循環器病の診断と治療に関するガイドライン　【ダイジェスト版】ペースメーカ，ICD，CRTを受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン，Circulation Journal，72 (Suppl.Ⅳ)；1176，2008.
14）前掲書 6)，1028-1029
15）前掲書 2)，140-145
16）野口美和子，金川克子，小西美智子，上野理子，中村美鈴：成人看護学概論 成人保健，215，メヂカルフレンド社（東京），2007.

Original Article

Difficulties of Patients with Pacemaker in Daily Life after Hospital Discharge and Their Coping Methods

Hideo Dannoue, Misuzu Nakamura, Mayumi Sakita,
Kyoko Uchiumi, Tsuyuki Kitamura, Rieko Matsuura

Abstract

This study aimed to clarify what difficulties in daily life occurred to patients post-discharge from hospital after a pacemaker implantation operation, and how those difficulties were coped with, in order to evaluate future nursing assistance needs. A semi-structured interview method was used to ask patients about their difficulties in daily life after hospital discharge and how they coped with the difficulties, and qualitative inductive analysis was applied to the results. Five categories were emerged as difficulties in daily life after hospital discharge, and 7 categories were emerged as coping methods with those difficulties. The difficulties and coping methods were divided into 2 main categories; those where the patient mainly dealt with the problem, and those where social support was required. Mainly each difficulty had one coping method, but some difficulties had multiple coping methods. From these results, the difficulties and coping methods of pacemaker patients were clarified, and the following nursing support was indicated to be important: 1) Provision of appropriate information guaranteeing the operation of the pacemaker, 2) Alleviation of fears accompanying the pacemaker implantation operation, 3) Assessment and adjustment of social support.

Key words：difficulty, coping, pacemaker, daily life

Jichi Medical University, School of Nursing

原　著

心筋梗塞を発症した成人の復職に伴う困難と対応　第1報

平良由香利[1)]・中村美鈴[2)]・内海香子[2)]

抄録：本研究の目的は心筋梗塞を発症した成人の復職に伴う困難と困難にどのように対応したのかを明らかにし，看護支援を検討することである。第1報では，復職前の困難と対応について，心筋梗塞を発症した後に復職している成人男性7名を対象に半構造化面接を行い，質的帰納的に分析した。

復職までに≪心臓が仕事に耐えうるか不安≫≪家庭，仕事における役割が縮小することへの危惧≫≪生活習慣の改善に伴う困難≫が生じ，【復職に向けて心負荷を軽減する工夫】【自ら復職にまつわる事柄を調整】【役割を果たすために復職】という対応をしていた。また【家族，上司・同僚，主治医からの気遣い】があり，復職していた。これらから，心筋梗塞を引き起こした自分の心臓に対する困難，役割の遂行に対する困難，周囲の人々からの気遣いという3つの視点が見出された。それらに対して看護支援を検討していく必要性が示唆された。

キーワード：心筋梗塞，復職，困難，対応，成人

Ⅰ．はじめに

心疾患は我が国の死因の第2位を占めており，心疾患の内訳では，虚血性心疾患の死亡率が上昇傾向にある[1) 2)]。さらに，戦後における国民の生活水準が向上して食生活を含む生活習慣の欧米化が進み，肥満や脂質代謝異常，耐糖能異常などの代謝性疾患が大幅に増え，今後，心筋梗塞を含む虚血性心疾患のリスクの増大が危惧されている[3)]。心筋梗塞の罹患平均年齢は60歳前後であるが，現在の40歳代における血清総コレステロールの上昇が問題視され[4) 5)]，成人期にある人々において罹患リスクが高まっており，動向が注目される。

成人期にある人々は，職業人としての役割を遂行して経済的基盤を作り，円滑な家庭生活の形成や維持などの発達課題を持っている[6)]。特に30歳頃からは職業的役割が拡大し，60歳前後は社会的責任も大きい[7)]。心筋梗塞を発症することは，胸痛や呼吸困難などの激しい痛みを経験することから死を意識する体験となるとされている[8)～10)]。よって，成人が心筋梗塞を罹患することは，その後の生活へ影響を与えることが予測される。さらに，日本人の労働観の調査結果からは，仕事は自己実現の一つであるという結果が示されており[11)]，仕事をしていくことは人生の重要な一部であることを示している[12)]。

このような状況において，心筋梗塞の発症によって職業的役割の遂行が妨げられることは社会的責任を果たせないだけでなく，自己実現に影響を与えることになる。Rostら[13)]は，復職ができなかった者ほど心理的苦悩を高めると報告している。よって，心筋梗塞を発症した成人にとって発症後に仕事をしていくこと，つまり復職はquality of life（以下QOLと略す）の保持・向上のために重要な問題であると言え，復職は大きな課題であると考える。

さらに，土肥ら[14)]の報告によれば，発症後1ヶ月以内での復職は35.7%，1ヶ月～2ヶ月以内では39.6%と退院から2ヶ月以内に過半数の患者が復職

[1)] 獨協医科大学看護学部成人看護学
[2)] 自治医科大学大学院看護学研究科
クリティカルケア看護学

している。よって，大多数の患者が退院後，数週間から2ヶ月で復職していくという現状がある。これらから心筋梗塞を発症した成人は，復職までの短期間のうちに心機能の低下を防ぐために生活習慣の改善に取り組み，日常生活を再構築していくことが予測された。

しかし，心筋梗塞を発症した後にどのように復職し，どのような困難に直面しているのかを明らかにした研究報告は見当たらない。看護者が心筋梗塞を発症した成人に対してどのように復職への支援をしていけばよいのか明らかにされておらず，看護の方向性が見出せずにいる状態である。前述したように，心筋梗塞を発症し，退院後，早い時期に復職している人が多いことから，医療機関において看護者が心筋梗塞の回復過程において復職への支援を行うことは重要だと考えられる。

看護師は，心筋梗塞を発症した成人が復職に伴いどのような困難に直面しているのかを理解し，心筋梗塞を発症した成人の心身への負担が最小限となるよう復職を支援していく必要がある。心筋梗塞を発症した成人が治療後に復職していくのを見据えて看護師が支援することは，退院後の復職に伴う困難を緩和させ，成果として心筋梗塞を発症した成人のQOLの維持・向上に繋がると考えられる。

そこで本研究では，心筋梗塞を発症した成人の復職に伴う困難と，困難にどのように対応したのかについて明らかにし，必要な看護支援について検討することを目的とする。第1報では，復職前の困難と対応について述べる。

Ⅱ．用語の定義

本研究で用いる成人，復職と困難，対応について以下のように定義する。

成人：ハヴィガースト[7]が述べる中年期に相当する30歳から60歳前後の者とする。

復職：心筋梗塞発症前に職業を持っていた者が退院後に同じ雇用者，同じ雇用条件下で職業を再開すること。作業内容の変更や作業制限のあった場合を含む。

困難：復職に伴い、復職に関して悩んだこと，困ったこと。

対応：対象者自身が復職するために起こした行為や感情の変化。対象者が捉えた復職への家族，友人，上司・同僚，医療者らの行為。

Ⅲ．研究方法

1．研究デザイン

質的記述的研究デザイン

2．対象者

心筋梗塞と診断を受け，入院治療（経皮的冠動脈形成術，冠動脈バイパス術）を行い，現在，外来通院をしており，心筋梗塞発症後に復職している60歳前後までの患者とした。また，病状が安定すると考えられる心筋梗塞発症から6カ月以上経過し，2年未満である患者を選出した。選出は，研究フィールドの診療科長と看護責任者の承諾を得た患者とし，研究内容について同意を得た患者を研究対象者とした。

3．データ収集期間

2008年8月上旬から10月上旬

4．データ収集

研究対象の選定基準に合致した対象者に，看護責任者から研究の趣旨を説明し，同意が得られた後に研究者が文章と口頭で説明を行い，同意書に署名をもらった。対象者と面接の日時を調整し，プライバシーが保たれる環境でインタビューガイド（表1）を用いて半構造化面接を行った。対象者に承諾を得た上で面接内容はICレコーダーに録音し，治療内容等について診療録からデータを転記した。

5．分析方法

データの分析は，質的帰納的分析方法を用いた。面接内容を逐語録として起こし，逐語録をもとに以下の手順で分析を行った。

分析過程において，分析内容が適切であるかを検討し，修正を加えた。また，全ての分析過程において質的研究の経験をもつ看護学の専門家にスーパーバイズを受け，適宜，修正・検討を行い，分析の妥当性の確保に努めた。

表1　インタビューガイドの概要

・復職するまでに生じた困難
・復職から現在までに生じた困難
・困難に対する工夫や取り組み
・復職によって生じた自分自身や周囲の変化
・困難を乗り越えられたきっかけや支えについて
・仕事を継続していくことができる理由や工夫

1）個別分析

逐語録を繰り返し読み，逐語録に表現されている対象者の復職に伴う困難と対応に関する部分を抽出し，一文一意味にし，コードとした。対象者の復職のプロセスに伴い，復職前の困難と対応，復職後の困難と対応，復職前後として復職前から復職後も継続していた困難と対応に分類した。さらに，個別の特徴を損なわないまで意味内容が類似しているものをまとめた。

2）全体分析

個別分析で抽出された復職前の困難と対応について，困難と対応の特徴が損なわれないまで意味内容が類似しているものをまとめていった。最終的に抽出されたものをカテゴリーとし，その一段階前をサブカテゴリーとした。

6．倫理的配慮

本研究は，A大学大学院倫理審査会の承認を得た上で実施した。対象者に対しては，研究の目的・調査方法・内容および自由意思による参加であること，途中で辞退が可能であること，辞退しても今後受ける医療，看護に不利益は生じないこと，匿名性の確保，研究終了後のデータの破棄について等を記載した文書を用いて研究者が説明し，同意を得た。また，対象者の選定に際しては，主治医によって病状が安定していると判断された者とした。面接は，対象者の心身に負担がかかっていないか配慮しながら行った。

Ⅳ．研究結果

1．対象者の概要（表2）

研究について同意の得られた7名を対象者とした。対象者は全員男性であり，平均年齢は52.8±6.3歳であった。7名全員が経皮的冠動脈形成術を行い，復職していた。退院前の心駆出率の平均は53.4%であった。対象者が従事していた作業内容は，3名が事務的な内容であり，4名が流れ作業を行う立ち仕事や運転手などの肉体労働であった。退院後の自宅療養の期間は平均53.7日，復職を決定した時期は退院時が3名，自宅療養中に決定した者が4名であった。復職後，最終的に仕事内容の変化があったものは2名，5名は発症前と同内容の仕事をインタビューの時点で行っていた。家族構成は，7名とも家族がおり，同居をしていた。

対象者のうち6名は1回の面接であり，1名は2回行った。面接に要した時間は，平均60.0分であった。

2．復職前の困難と対応

導き出された復職前の困難は3カテゴリー，対応は4カテゴリーであった。困難を示すカテゴリーは≪ ≫，サブカテゴリーは＜ ＞，対応を示すカテゴリーは【 】，サブカテゴリーは［ ］で示す。斜体文字はカテゴリーを説明する対象者の語りを表す。

1）復職前の困難（表3）

復職するまでに対象者は≪心臓が仕事に耐えうるか不安≫に感じ，復職できない状態に対して≪家庭，仕事における役割が縮小することへの危惧≫を抱いていた。その中でも復職するために疾病を管理して身体を整えていかなくてはならず≪生活習慣の改善に伴う困難≫を生じていた。

≪心臓が仕事に耐えうるか不安≫

心筋梗塞を発症した対象者は＜心機能が通常でないことから生じる不安，悩み＞として，自分の心臓の状態を聞いてショックを受け，再発・再狭窄への不安を抱えながら日常生活そのものへ不安を抱いていた。さらに＜復職することで生じる心負荷への懸念＞を感じており，自分が仕事をしていくことで心負荷がどのように生じ，自分がどうなってしまうのか分からず，復職すること自体を不安に思い，悩んでいた。

・*心臓が4割動かないなんて言われた時にはがくってきましたよね。えっ？もう動かないの？って思って。（A氏）*

・*病院なんて入ったこと無いのに病院に入って…，またこれからも仕事できるのかなと。思うよりもこういうことが初めてだったんで，考えるっていうよりもただ身体がね，仕事がきついのでついていけるかどうかそれだけが心配だったよね。（F氏）*

≪家庭，仕事における役割が縮小することへの危惧≫

心筋梗塞を発症し，入院加療をすることによって対象者は長期間に渡り仕事を休むことになる。休むことで自分に与えられた仕事が全うできないという仕事に対する責任感と，仕事をしていない間は通常通りの収入が無くなることから家族の生

活を守れないという家庭に対する責任感から＜自分の家庭，仕事における役割が果たせない＞と語った。また，長期間に渡って自分の仕事から離れることで＜復職時に自分の存在感，居場所がなくなることへの恐れ＞を抱いていた。さらに，自身の希望した復職時期と雇用者との方針が合わず，休職をすることになった対象者は＜希望通りの復職ができないことによる悩み＞を抱え，休職しなくてはならない状況だけではなく，休職中に傷病手当が支給されることに負い目を感じていた。

・*だって戻んなくちゃならないからね～。生活しなくちゃならないわけだし。（D氏）*
・*自分の仕事を保ってたところがあるから逆に3か月もやったらうちの代わりの人がちゃんとできますから，下手したら自分の居場所がないなーとかね。極端な話ですよ。そういう風なことになりかねないですよね。（C氏）*
・*最初は，俺，働きたいってすぐ言ったんです。最初は。だけどやっぱり，働いても最初は，軽い，細かいっていうか。うーん，身体障害者の方が会社の中にいるんだけど何人か。その仕事をやってもらうって言われたんだ。俺，その人と，その人っていうことじゃないけど，やりたくないって言ったんだ。じゃあ，少し休んだ方がいいって。（G氏）*

≪生活習慣の改善に伴う困難≫

心機能の低下を防ぐために求められる自己管理に対象者は復職前から取り組んでいた。そして＜心機能の低下を招く生活習慣の改善をする難しさ＞を抱いていた。復職前では，食事・体重のコントロール，運動，禁煙について生活習慣の改善をしなくてはならないと強く意識していた。

・*体重だって，退院してほんと2・3か月ですよ，ここまで増えちゃったの。一気に。それから落としても落ちない。（A氏）*

２）復職前の対応（表4）

困難に対して対象者は【復職に向けて心負荷を軽減する工夫】をしつつ，【自ら復職にまつわる事柄を調整】をして復職のために雇用者と調整を図り，周囲の人々から【家族，上司・同僚，主治医からの気遣い】を受け，【役割を果たすために復職】していた。

【復職に向けて心負荷を軽減する工夫】

対象者は復職するに当たって，身体を整えていく必要性を感じて［復職に向けて自己管理に取り組む］として運動や禁煙に取り組んでいた。また，自分が仕事をしていく上で心負荷がかからずに行える仕事内容について整理し，自分の身体が仕事

表2　対象者の概要

対象者	A	B	C	D	E	F	G
年　代	40代	40代	50代	40代	50代	60代	50代
心駆出率	31%	38%	62%	65%	54%	58%	66%
作業内容	立位・農作業	管理業務	事務（軽度）	事務（軽度）	事務（軽度）	運転業務	立位作業
自宅療養期間	2ヵ月	3ヵ月	7日間	3日間	6日間	1ヵ月	6ヵ月
復職決定時期	退院2～4週間後	退院3ヵ月後	退院1週間後	退院決定時	入院3週間後頃	退院決定時	退院6ヵ月後
作業内容の変化	なし	作業制限	なし	なし	配置転換	なし	なし
同居家族	妻，娘2人	妻，娘，息子，義父	妻，娘	妻，息子，娘	妻，息子	妻，娘，息子	妻，息子

表3　復職前の困難

＜サブカテゴリー＞	≪カテゴリー≫
心機能が通常でないことから生じる不安，悩み	心臓が仕事に耐えうるか不安
復職することで生じる心負荷への懸念	
自分の家庭，仕事における役割が果たせない	家庭，仕事における役割が縮小することへの危惧
復職時に自分の存在感，居場所がなくなることへの恐れ	
希望通りの復職ができないことによる悩み	
心機能の低下を招く生活習慣の改善をする難しさ	生活習慣の改善に伴う困難

をしていけるという自信を持ってから復職するよう［身体に過剰に負荷がかからないよう工夫する］対応をしていた。

・*工夫したってやっぱり散歩しかないねぇ。身体を要するに会社に持っていく…重労働じゃないけど，結構…ハードなんです。立ち仕事なんです。で身体も動く仕事なんで。（G氏）*

・*自己防衛…自分で80%くらいで仕事していたのを60%くらいに落として仕事ができる仕事を，線引き，真ん中にしてこっちはちょっとやばいかなーっていうんで自分なりに今までの経験で判断して決めたんです。（B氏）*

【自ら復職にまつわる事柄を調整】

休職をした対象者は，雇用条件について雇用者に確認し，休職中および復職後の身分の保証を得ていた。また［雇用条件や復職時期について自ら会社側と調整する］対応をし，心臓に負担がかからない復職時期について雇用者に希望を伝え，相談し，決定していた。

・*（雇用者に）休養してくださいって，言われました。だから復帰して，パートだか社員だか一応聞いたんです。そしたら，心配しなくていいですって。社員だから，パートにはしないからって。（G氏）*

【役割を果たすために復職】

対象者は，職場での仕事に対する責任感と家庭における役割に対する責任感を感じ［男，夫・父親，職場での役割を果たすために復職する］対応をしていた。

・*男としてくらいですよ。自分のは自分だもんね。自分のね，生活費っていうのは自分で稼がないとね。（D氏）*

・*やっぱり子供達かなー。かみさんと子供達にとって仕事しているお父さんの方がいいかなーって思って表に出たんだけど。それが一番かなー。（B氏）*

【家族，上司・同僚，主治医からの気遣い】

家族は，休職中の経済的な支援を行い，対象者の身体を気遣い，復職を焦らないよう勧めるなどの［家族は自分を気遣い，受け止めてくれる］対応をしていた。また，上司や同僚が電話をかけてきてくれ，対象者の体調について訊ね，励ましてくれた。また，主治医から心筋梗塞を発症した多くの患者が復職しているという現状を伝えられ，励まされたことで嬉しく感じ，自分の自信になった［上司・同僚，主治医からの気遣い］があった。

さらに，会社側が心筋梗塞という疾病を発症した自分に復職時期や仕事の仕方について何も要求せず受け入れてくれたこと，休職中も雇用条件を保証してくれたことから［会社が心筋梗塞を発症した自分が復職することを受け入れてくれる］という対応が見られた。

・*心配してるもんで，何人か。毎日じゃないけど，結構かかってくるね。心配してみんな。どうだい？って，体調どうだい？とかって。（中略）心強いですね。誰からもかかってこないんじゃ，はぁ～って。何人かいたから公私で親しいっていうか。（G氏）*

・*一番会社には迷惑掛けないし，自分もその時間その場所で仕事ができることっていうのを考えて，右と左に分けて，できる，できないにしたんですけど。で，それを会社の方も受け入れてもらったんで仕事復帰ということは判断しました。それについて会社にこうしてくれ，ああしてくれということは言われなかったですね。（B氏）*

V．考察

明らかになった心筋梗塞を発症した成人が復職

表4　復職前の対応

［サブカテゴリー］	【カテゴリー】
復職に向けて自己管理に取り組む	復職に向けて心負荷を軽減する工夫
身体に過剰に負荷がかからないよう工夫する	
雇用条件や復職時期について自ら会社側と調整する	自ら復職にまつわる事柄を調整
男，夫・父親，職場での役割を果たすために復職する	役割を果たすために復職
家族は自分を気遣い，受け止めてくれる	家族，上司・同僚，主治医からの気遣い
上司・同僚，主治医からの気遣い	
会社が心筋梗塞を発症した自分が復職することを受け入れてくれる	

前に抱く困難と対応から，3つの特徴が考えられた。それらをもとに看護支援の方向性を考察する。

１．心筋梗塞を引き起こした自分の心臓に対する困難と対応

心筋梗塞は，突然発症することが多く，今までの生活を一変させる。激しい胸痛に襲われ，場合によってはショック状態に陥ることもある[15]。一般的にも心筋梗塞は，突然発症し，死に至る危険性があることは知られており，今回の対象者の中にも周囲の知人が心筋梗塞で亡くなっていたことから，自分も死を意識したという者もいた。杉田[16]は，急性心筋梗塞を発症した患者は発症すると間もなく死を予感すると報告している。このような死を意識した経験から，対象者は心臓に対して不安が生じ，心機能の低下に伴う症状を自身が感じることで≪心臓が仕事に耐えうるか不安≫という復職することによって生じる心負荷への懸念を抱いていた。

また，そのために【復職に向けて心負荷を軽減する工夫】として復職をする際に過剰に身体に負荷がかからないよう自身が行える仕事内容を復職前から整理するなどの準備をしていたと思われる。

Frasure-Smithら[17]は，退院時の健康状態を悪く認識するほど復職の可能性が低くなると報告している。また，Broadbentら[18]はMI患者に病気に対する認識に対して，回復までのプロセスをポジティブなイメージとして捉えられるよう介入を行ったところ，介入群は早期に復職できたと報告している。よって，心臓に対する不安をそのままに退院することは自身の健康状態に自信が持てず，必要以上に復職の可能性を低くさせることになりかねない。疾患を自分のこととして認識し，心機能がどの程度であるかというイメージがつくような支援が求められていると考える。

さらに，このような不安を抱えた中でも心筋梗塞を発症したことから，対象者には再発予防のために生活習慣の改善が求められる。長年続けてきた生活習慣の改善は容易ではなく[19]，≪生活習慣の改善に伴う困難≫を抱えていた。生活習慣の改善に関しては注意点が多いため，患者は否定的な思考に陥りがちになりやすい[20]。しかし，本研究の対象者は【復職に向けて心負荷を軽減する工夫】をして自己管理に取り組んでいた。それは，心筋梗塞発症前より糖尿病や高血圧を指摘されている対象者もおり，発症したことによって，さらに意識が高まり，今まで以上に気をつけなくてはいけないと感じていたためと推察された。

急性心筋梗塞を発症した患者の発作体験に焦点を当てた研究においても，患者は発症の原因に気づいたことで今までの生活を改め，生活を自分の意志で変えていくことの大切さに気付いていた[21]と報告している。このことから，心筋梗塞を発症した成人は復職をするために，基盤となる日常生活を安定させる必要性があると感じ，生活習慣の改善に取り組んでいると言える。

２．役割の遂行に伴う困難と対応

対象者は，心筋梗塞を発症したことによって仕事を休むことになり，仕事に対する責任感や働けないことで安定した収入が得られないために家族の生活を守れないといった≪家庭，仕事における役割が縮小することへの危惧≫を抱いていた。対象者の平均年齢は52.8歳であり成人期から老年期に移行する時期にあり，社会人としての責任を果たす完成期に当たる[7]。その時期に，家庭，仕事における責任が果たせないことは対象者が持つ役割の遂行を妨げることになる。＜復職時に自分の存在感，居場所がなくなることへの恐れ＞は，成人男性の発達課題が達成できない場合に生じる特徴的な困難である。

役割の遂行が障害されることは，成人男性のアイデンティティに深く影響を与える。そのため対象者は，男として夫・父親として，職場での役割を果たそうと思い，【役割を果たすために復職】，【自ら復職にまつわる事柄を調整】という対応を取っていた。これらのことからも，自分の持つ役割を果たそうという気持ちは復職する上で重要である。よって，看護者は対象者の持つ役割について理解し，役割の遂行が可能となるように支援していく必要がある。また，役割を果たそうとする対象者の意志は，復職しようという対象者の意欲を支え，強める可能性がある。対象者の役割遂行への意志を大切にし，対象者の復職に対する意欲や前向きな姿勢を維持できるような関わりをしていく必要がある。

また，≪家庭，仕事における役割が縮小することへの危惧≫では，自分の希望と会社の方針が合わずに思った通りに復職ができずに休職を余儀なくされた為に自分の役割遂行に支障をきたしてい

た。労働契約法[22]は「使用者は，労働契約に伴い，労働者がその生命，身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう，必要な配慮をするものとする。」と規定している。心筋梗塞は一般的に知られている疾患ではあるが，心筋梗塞を発症した者がどの程度の仕事に耐えられるのかが雇用者には分らず，雇用者は心筋梗塞を起こした成人を雇うことに不安を感じ，対象者の希望する時期に復職ができなかったと考える。

職場に心筋梗塞の程度に合わせて適切にアドバイスができる産業医等の医療従事者が常駐していればよいが，植え込み型除細動器を挿入した患者1282人を対象とした就労に関するアンケート[23]によれば，産業医がいる企業に雇用されている人は146人であり，11.4%にすぎない。さらに，植え込み型除細動器を挿入後に休職・退職した人は，産業医が不在の企業や自営業に就労する人々の方が割合が高い。このことからも，雇用者が就労者の健康管理義務を負うという考えのもと，どの程度の仕事に耐えられるのか分からない場合に就労者に休職や退職を勧めると予測される。本研究においても，雇用者が抱える不安によって自分の希望する復職の時期に復職できずに雇用者との隔たりが生じていた。よって，雇用者が復職時期や，就労が可能な活動強度などを主治医・産業医へ相談することや意見を求められるように支援することが必要ではないだろうか。

また，復職時期や仕事内容について雇用者と折り合いがつかない場合には，どの程度の就労に耐えられると主治医が判断しているのかを診断書を用いて雇用者に提示することも復職をスムーズにさせる方法の一つと考える。診断書を活用して自分の心機能の状態を雇用者に理解してもらうよう対応を提案していくことが必要である。その結果，雇用者は安心して心筋梗塞を発症した成人を雇うことができ，対象者も自分の希望した時期や仕事内容へ復職ができる可能性がある。

さらに，日本循環器学会では心疾患患者の学校，職域，スポーツにおける運動許容条件に関するガイドライン[24]の中で主な職業及び作業における活動強度を示している。これは，農作業の雑草を刈るなどの作業は6.0METsというように具体的な作業に対して活動強度を提示しており，心筋梗塞を発症した患者が自分の職業に当てはめて考えることができる。看護者は，患者に合わせて発症前の仕事内容はどの程度の活動強度であったのかを確認しておき，対象者の心機能や心臓リハビリテーションの進行状況に合わせて具体的な活動強度と作業内容を提示する。そうすることで心機能の状態をより理解しやすくなる。自分の心機能に合わせた活動強度を理解できれば，雇用者に対しても，自分のできる範囲を自ら提示することができると考える。

3．周囲の人々からの支え

前述したように，心筋梗塞発症後は，再発と新規の病変が生じ，心機能が低下するのを予防するために患者は生活習慣の改善をしていかなくてはならない。その際に，家族の支えが自己管理行動に影響することや家族の励ましが運動療法に関与することが先行研究によって報告されている[25][26]。また，遠藤ら[27]は，配偶者の支えは食習慣やHDLコレステロールの改善を，職場の支えは休息の確保と関連していると述べている。これらから，心筋梗塞を発症した患者が生活をしていく上でソーシャルサポートは重要な存在であると言える。本研究においても心筋梗塞を発症した成人が復職するまでに【家族，上司・同僚，主治医からの気遣い】がみられた。対象者は，心筋梗塞を発症し，社会的役割が遂行できない状況から生じる困難を抱きながらも，周囲の人々から気遣いを受けることで自分の居場所を保てていた。

さらに，復職前に上司・同僚，主治医から復職に関して言葉を掛けられたことにより復職に対して前向きな姿勢を維持でき，自分は復職できるという自信につながっていた。以上のことから，周囲の人々からの気遣いという支えは，心筋梗塞を発症した成人にとって重要であると考えられ，復職に際してもソーシャルサポートを獲得する支援が必要である。

Ⅵ．研究の限界と今後の課題

今回，協力が得られた対象者の自宅療養期間に幅があること，対象者の想起によるデータであることから，困難の程度を言及することは難しい。ならびに，対象者の職種が様々であったこと，対象者が7名と少数であることから，すべての心筋梗塞を発症した成人の復職に伴う困難と対応として一般化するには限界がある。

今後の課題として，対象者の背景や心機能の程

度を限定した分析を行うことによって，より患者の困難が明確になると考える。さらに，今回明らかになった必要な看護支援を基に実践を通して検討をしていくことが今後の課題である。

Ⅶ．おわりに

心筋梗塞を発症した成人は，復職前に≪心臓が仕事に耐えうるか不安≫，≪生活習慣の改善に伴う困難≫，≪家庭，仕事における役割が縮小することへの危惧≫という困難を抱いていた。それらは，復職をするために，心筋梗塞を引き起こした自分の心臓に対する調整，仕事ができない状況から自分の役割や存在が脅かされるという困難の特徴がみられた。困難に対して，【復職に向けて心負荷を軽減する工夫】，【自ら復職にまつわる事柄を調整】，【役割を果たすために復職】という対応をして復職をしていた。さらに，【家族，上司・同僚，主治医からの気遣い】という周囲の人々からの支えを得て復職を果たしていた。これらから，心筋梗塞を引き起こした自分の心臓に対する困難と役割の遂行に対する困難，周囲の人々からの支えという3つの視点が見出された。それらに対する看護支援の検討をしていく必要性が示唆された。

謝辞：本研究にご協力して頂きました患者様，病院関係者の皆様に深謝いたします。また，ご指導頂きました中村美鈴教授，内海香子講師に感謝申し上げます。

本論文は，自治医科大学大学院看護学研究科修士論文の一部であり，要旨は第74回日本循環器学会学術集会で発表した。

文　献

1）厚生統計協会：人口動態 2.死亡．厚生統計協会，国民衛生の動向・厚生の指標，厚生統計協会（東京），47-59，2010.
2）上島弘嗣：我が国の循環器疾患の動向とその危険因子との関連．Therapeutic Research, 27(1)；35-40，2006.
3）上島弘嗣：循環器疾患の今後の動向．総合臨床，56(2)；226-232，2007.
4）高橋弘，齋藤重幸，高木覚，島本和明：北海道地方都市における循環器疾患の悉皆性を考慮した発症登録・追跡調査（第2報）急性心筋梗塞の慢性期生命予後規定因子の検討．日老医誌，36；721-729，1999.
5）Ueshma H：Trends in Asia.In. Marmot M, Elliott P. “Coronary Heart Disease Epidemiology：from aetiology to public health”2nd eds., Oxford University Press（UK），102-112，2005.
6）小松浩子：成人と生活．成人看護学総論，医学書院（東京），17-35，2005.
7）ハヴィガースト：中年期の発達課題．児玉憲典・飯塚裕子訳，ハヴィガーストの発達課題と教育，川嶋書店（東京），143-158，2004.
8）籏持知恵子：心筋梗塞を発症した成人者の病の意味―病者の説明モデルとしての語りから読み取れる意味．山梨県立看護大学短期大学部紀要，6(1)；13-14，2000.
9）籏持知恵子：心筋梗塞を発症した成人病者の見通しの語りとその意味．聖路加看護学会誌，7(1)；9-15，2003.
10）大平久子：心筋梗塞患者の身体に対する意識についての記述的研究．神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，23；310-316，1998.
11）清川雪彦，山根弘子：日本人の労働観―意識調査に見るその変遷．大原社問研誌，542；14-33，2004.
12）堀井直子：肺がん患者の復職に関する体験．医学と生物学，152(11)；490-495，2008.
13）Rost K，Smith G.R：Return to work after an initial myocardial infarction and subsequent emotional distress. Archives of Internal Medicine，152；381-385，1992.
14）土肥誠太郎，広部一彦，藤岡滋典，寺井知博，後藤浩一：職域における心筋梗塞発症率調査（3Mスタディ）第9報～発症時及び発症後の状況～．産業衛生学雑誌，44；488，2002.
15）渡辺かづみ：心筋梗塞患者のこころとセルフケア．南裕子，ナラティブ・ナーシング 実践オレム-アンダーウッド理論，講談社（東京），80-85，2005.
16）杉田久子：急性心筋梗塞発症から集中治療期を終えるに至る病者の主体的体験の研究―＜助かること＞を目指す位相の発見―．日本赤十字看護学会誌，4(1)；59-69，2004.
17）Frasure-Smith N，Lesperance F，Gravel G，Masson A，Juneau M，Talajic M，G.Bourassa G：Social support, depression, and mortality

during the first year after myocardial infarction. Circulation, 101(16)；1919-1924, 2000.
18) Broadbent E,Ellis CJ, Thomas J, Gamble G, Petrie KJ：Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients:a randomized controlled trial. Journal of Psychosomatic Research, 67(1)；17-23, 2009.
19) 橘田秀子，笠原ユミ子，廣川奈佳，牧野礼子，吉河由紀子，鈴木孝雄，橋本通：心筋梗塞患者の生活変容に影響を及ぼす要因の検討　監視型運動療法施行後，社会復帰した症例を通して．心臓リハビリテーション，4(1)；113-119, 1999.
20) 佐藤加奈美，林田美香：心臓病患者さんの生活・退院指導．北風政史，メディカ出版（大阪），138-143，2006.
21) 高橋奈智，青木美和，青山恵，中倉慶子，宮本恵理，大川宣容：急性心筋梗塞患者の発作体験から得られた気づき．高知女子大学看護学会誌，33(1)；107-114，2008.
22) 菅野和夫，江頭憲治郎，小早川光郎，西田典之編集：労働契約法．六法全書 平成20年度版Ⅱ，有斐閣（東京），4217-4218，2008.
23) 川瀬洋平，堀江正知，河野律子，阿部治彦：ICD（植え込み型除細動器）治療が就労に及ぼす影響についての実態調査．産業衛生学雑誌，(48)；19，2006.
24) 2007年度合同研究班報告：心疾患患者の学校，職域，スポーツにおける運動許容条件に関するガイドライン（2008年改訂版）．長嶋正實班長，日本循環器学会HP　http://www.j-circ.or.jp/（2010/10/1）
25) 小西治美，遠水佐知子，矢田みゆき，後藤葉一：家族の協力が心臓リハビリテーション終了後の運動療法継続に及ぼす効果．心臓リハビリテーション，6(1)；55-58，2001.
26) 川上千普美，松岡綠，樗木昌子，長家智子，赤司千波，篠原純子，原頼子：冠動脈インターベンションを受けた虚血性心疾患患者の自己管理行動に影響する要因―家族関係および心理的側面に焦点を当てて―．日本看護研究学会雑誌，29(4)；33-38，2006.
27) 遠藤晶子，川久保清，李延秀，細川亜希子，濱本紘，北原公一：心筋梗塞・冠動脈バイパス術患者のソーシャルサポート―自己管理と冠危険因子改善に対する提供主体別サポートの関連―．心臓リハビリテーション，7(1)；168-171，2002.

Original Article

Difficulties Associated with Returning to Work in Adults after a Myocardial Infarction and Responses to Such Difficulties (First Report)

Yukari Taira[1], Misuzu Nakamura[2], Kyouko Uchiumi[2]

Abstract

The purpose of this study was to clarify difficulties associated with the resumption of work by adults who have had a myocardial infarction and to examine how such patients coped with these difficulties, as well as explore the issue of nursing assistance. The first report looks at difficulties associated with returning to work and examines how such difficulties were resolved. We conducted semi-structured interviews with seven men who returned to work after they had had a myocardial infarction. We then performed qualitative and inductive analyses of the results.

During the process of returning to work, the subjects experienced "anxiety about whether their hearts could withstand work," "fear of less important roles at home and workplace," and "difficulty associated with lifestyle improvement." The subjects responded by "creating ways to reduce psychological stress in preparation for returning to work," "directly adjusting their working conditions to facilitate return to work" and "returning to work to fulfill desired roles." "Support from their family, supervisors, colleagues, and attending physicians" was also vital to their return to work. These results indicate three major issues: difficulties onseted to cardiac function after myocardial infarction, difficulties related to role fulfillment, and support from people around them. Our findings suggested the need to explore nursing assistance with respect to each of issues.

Key words : myocardial infraction, return to work, difficalty, response, adult

[1] Dokkyo Medical University School of Nursing,Adult Nursing

[2] Jichi Medical University Graduate School,Master Coures of Nursing,Critical Care Nursing

原　著

ユニットケアを実施している介護老人保健施設における認知症高齢者への安全なケア提供上の困難と工夫—ケアスタッフへのインタヴュー調査より

長井栄子[1)]・井上映子[1)]

抄録：認知症高齢者を対象としてユニットケアを提供している介護老人保健施設におけるケアスタッフの安全なケア提供への困難や工夫の実態を知ることを目的に，介護老人保健施設2施設の看護職者5名，介護職者7名に半構造化面接法によるインタヴューを行い，質的帰納的研究方法により分析した。

その結果，ケアスタッフは，安全にケアを提供するうえで【介護職者間のケアの統一の困難】【人員不足による安全保障の困難】【ユニット構造による安全保障の困難】【入居者の重症化への対応の困難】【家族との連携の困難】を感じていた。そして，安全なケアを提供するために【転倒予防のための見守り対応】【入居者の希望や状況に合わせた対応】【安全保障のための他職種との情報交換】【転倒時の受傷軽減対策】の工夫を行っていた。

介護老人保健施設は病院から在宅への中間施設であるため，繰り返される入退所の中で業務量が増加しやすい。また,入居者の高齢化により入居者の重症化がみられる。したがって,認知症高齢者が安全なユニットケアを受けて安心した暮らしをするためには，適正な人員確保とともに職員間の協力体制モデルの創出が必要であり，ユニットケア理念への継続的な啓蒙活動が重要である。

キーワード：認知症高齢者，ユニットケア，介護老人保健施設，リスクマネジメント

Ⅰ．はじめに

わが国における高齢者居住施設は，従来4～8人部屋を連続的に配置した片廊下・中廊下型のホスピタルモデルを継承したものが一般的であった。ホスピタルモデルは業務の効率性を重視した建築設計であるだけに，そのケアも流れ作業的になりやすいことから，近年，高齢者の個別性を重視した生活・ケア環境としてユニットケアが注目され，全国的に広がりつつある。ユニットケアとは「居宅に近い居住環境の下で，居宅における生活に近い日常の生活の中でケアを行うこと，すなわち生活単位と介護単位を一致させたケア」と定義されている[1)]。現在，ユニットケアを実施している施設は，一部ユニット型を含め，介護老人福祉施設で5,716施設中1160施設（19.5％），介護老人保健施設では3,391施設中204施設（6.0％）である[2)]。

ユニットケアでは，各ユニットで入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことが出来るよう配慮することが期待されている。しかしながら，「個別ケアを実現するための手段」というユニットケアの本質を理解せずに，「施設を仕切ること」「入居者を分けること」という形式のみが重視され，実際のケアは従来と変わらずに，集団的・画一的なものとなっている例も見受けられる[3)]。個室環境という施設の仕切りは，職員が他の職員に援助の応援を依頼しにくく，援助内容で困ったことをすぐに相談しにくい環境となるほか，高齢者を観察する上での死角となりやすい。したがって，

[1)] 自治医科大学看護学部

ユニットケアの本質を理解したケアの検討がなされなければ，却って高齢者の事故を招く危険性がある。

特に介護老人保健施設はリハビリテーションや在宅復帰を目指した施設であり，そこでの認知症高齢者の転倒リスクは高い[4]。また転倒後には生活の質が極度に低下する恐れがある。しかしながら，先行研究ではユニットケア導入による課題[5]や実践報告に留まり，ユニットケアにおける安全対策に焦点を当てた研究は少なく[6]，その実態の把握は急務である。

そこで本研究では，ユニットケアを実施している介護老人保健施設において，認知症高齢者が安全に生活するために，ケアスタッフがケア提供をする上での困難や工夫の実態を知ることを目的とした。またこれを基に，ユニットケアの特質を活かしながら認知症高齢者の安全で安心なケアを実施するうえでの具体策について議論した。

Ⅱ．研究方法

１．研究対象者

認知症高齢者を対象としてユニットケアを実施している介護老人保健施設1団体2施設（A施設・B施設）の介護職員7名，看護職員5名である。対象者の選定は施設長の推薦により行い，同意を得られた職員に協力を求めた。

２．データ収集期間および方法

データ収集期間は，2009年11～12月とした。方法は，対象者全員にインタヴューを１回，1人につき１時間程度，勤務時間外に施設内の個室において半構造化面接法により行った。インタヴュー内容は許可を得た上で録音し逐語録にしてデータとした。

面接時の主な質問項目は，ユニットケアを実施している介護老人保健施設におけるケアスタッフの安全なケア提供への困難や工夫の実態について多くの情報が得られるよう7項目を設定した（表1）。

３．分析方法

インタヴュー内容より得られた対象者および対象施設に関するデータは，対象者の勤務経験および対象施設の構成としてまとめた。

ユニットケアを実施している介護老人保健施設における認知症高齢者への安全なケア提供に関する困難および工夫については，質的帰納的研究方法により分析を行った。逐語録を意味内容ごとの文脈単位に区切り，その中から「安全なケア提供に関する困難」および「安全なケア提供に関する工夫」を表す文脈単位をそれぞれ抽出し，データとした。データは対象者の職種（看護師・介護士）ごとに，意味内容の類似性に従い分類し，分類が表す内容をサブカテゴリとして命名した。さらにサブカテゴリは，意味内容の類似性に従って統合し，分類が表す内容をカテゴリとして命名した。なお，本論文中には，カテゴリを【　】，サブカテゴリを“　”で示した。

また，本研究では職種ごとの特徴を分析するため，両施設のデータをまとめて分析した。分析過程は，研究者間で議論を重ね，妥当性の確保に努めた。

４．倫理的配慮

研究対象者には本研究の主旨および個人情報の保護について文書および口頭による説明を十分に行ったうえで，研究協力の承諾（同意書の記載）の得られた者に協力を依頼した。また，調査時の録音は同意を得て行い，録音物や記録物は鍵付き

表1．インタヴューでの主な質問項目

	質問項目
1	研究対象者の勤務経験および所属年数
2	ユニット型施設での利用者の様子
3	ユニット型施設での職員の様子
4	ユニット型施設の特徴を踏まえた利用者の事故防止・安全管理の工夫
5	ユニット型施設におけるケアの利点
6	ユニット型施設におけるケアの改善点
7	ユニット型施設のケア（物的環境・人的環境）の今後の展望

の保管庫で管理し，個人情報の保護に努めた。なお，本研究は自治医科大学疫学研究倫理審査委員会の承諾を得て行った。

Ⅲ．研究結果

１．対象者の勤務経験

１）看護師の勤務経験および所属年数

本研究に協力が得られた看護師5名の看護師経験年数の平均値と標準偏差は12.80±7.57年であり，5名中4名が8年以上の看護師経験を有し，病院での勤務経験があった。現所属における経験年数の平均値と標準偏差は，2.60±2.30年であった（表2）。

２）介護士の勤務経験および所属年数

本研究に協力が得られた介護士7名の勤務経験年数の平均値と標準偏差は5.43±1.92年であり，7名中5名が5年以上の介護士経験を有していた。現所属における経験年数の平均値と標準偏差は，3.14±2.12年であり，7名中3名が新卒時から現所属に勤務していた（表3）。

２．対象施設の構成

本研究に協力が得られた介護老人保健施設2施設はそれぞれに施設構造やケア体制に特徴がみられた（表4）。A施設では，1ユニットごとの入居者10～11名に対して介護士が1～2名配置されケアを提供するが，介護士の勤務配置は担当する日ごとに変更され固定されていなかった。全体のユニット数は6ユニットで全入居者65名が交流可能な状況にあった。夜間の介護士数は6ユニットに4名が配置されていた。看護師の夜間の勤務は月に数回あり，不在時には電話での相談を受け付けていた。夜間に入居者の容態が変化した場合には，隣接する病院から看護師が支援できる環境が整っていた。

B施設では，2つのユニット（1ユニットごとの入居者数は各10名）を1フロア（20名）のグルー

表2．対象者の勤務経験（看護師）

対象施設	対象者	看護師経験年数	現所属経験年数	病院勤務経験の有無
A 施設	看護師 1	8 年	4 年	有
	看護師 2	23 年	6 年	有
B 施設	看護師 3	22 年	1 年	有
	看護師 4	8 年	1 年	無
	看護師 5	3 年	1 年	有
平均値 ± 標準偏差		12.80 ± 7.57 年	2.60 ± 2.30 年	

表3．対象者の勤務経験（介護士）

対象施設	対象者	介護士経験年数	現所属経験年数	集合型施設勤務経験の有無
A 施設	介護士 1	3 年	3 年	無
	介護士 2	5 年	5 年	無
	介護士 3	7 年	7 年	無
B 施設	介護士 4	3 年	2 年	有
	介護士 5	8 年	2 年	有
	介護士 6	6.5 年	1 年	無
	介護士 7	5.5 年	2 年	無
平均値 ± 標準偏差		5.43 ± 1.92 年	3.14 ± 2.12 年	

プとし，介護士の勤務配置も昼間は常に固定した1フロアを担当し，介護士2～3名でケアを提供していた。全体のユニット数は4ユニットで全入居者40名が交流可能な状況にあった。夜間の介護士数は4ユニットに2名が配置されていた。看護師の夜間の勤務はなく，夜間に入居者の容態が変化し入院の必要が生じた場合には，看護介護課の課長（看護師）に連絡し，相談する体制が取られていた。また，夜間の入院時には隣接する病院がないために夜間勤務の介護士のうち1名が付添い，施設に残った介護士1名が固定したフロアを超えてケアを提供する必要が生じていた。

３．調査により得られた文脈単位数

研究対象者とのインタヴュー内容を逐語録とし，意味内容ごとに文脈単位を区切った結果，看護師から381文脈単位，介護士から525文脈単位が得られた。その中から「安全なケア提供に関する困難」を表す文脈単位を抽出したところ，看護師から133文脈単位，介護士から106文脈単位が得られた。一方，「安全なケア提供に関する工夫」を表す文脈単位を抽出したところ，看護師から33文脈単位，介護士から117文脈単位が得られた（表5）。

４．安全なケア提供に関する困難

１）看護師における調査結果

看護師が安全なケア提供に関して感じている困難は，【介護職者間のケアの統一の困難】【人員不足による安全保障の困難】【ユニット構造による安全保障の困難】【入居者の重症化への対応の困難】【家族との連携の困難】【他職種との連携の困難】【煩雑な書類整理による対人援助の困難】の7つのカテゴリに分類できた（表6）。

【介護職者間のケアの統一の困難】のカテゴリは“介護士によるケアの統一の不足”，“ユニット担当介護士間の質の格差・支援の難しさ”，“介護士による基本的予防ケア技術の不足”，“ユニット以外の入居者全体への介護士の理解不足”，“介護士によるケアの評価の不足”の5つのサブカテゴリから構成された。

表4．対象施設の構成

対象施設	全入居者数（ユニット数）	施設構造	ユニットごとの入居者数	看護師数	介護士数（ケア体制）
A 施設	65 名（6 ユニット）	1 階建て 1 ユニットごとのケア提供。 6 ユニットの入居者の交流は自由。	10 ～ 11 名	全体で 4 名	1 ユニットに 2 名（日々担当するユニットが異なる）
B 施設	40 名（4 ユニット）	2 階建ての 2 階 2 ユニットを 1 フロアとしてのケア提供。 2 フロアの入居者の交流は自由。	10 名	全体で 4 名	2 ユニットに 2 ～ 3 名（日々担当するフロアが固定している）

表5．調査により得られた文脈単位数

対象施設	対象者	全文脈単位数	困難の文脈単位数	工夫の文脈単位数
A 施設	看護師	163	77	15
	介護士	328	84	55
B 施設	看護師	218	56	10
	介護士	197	22	62
合計	看護師	381	133	33
	介護士	525	106	117

【人員不足による安全保障の困難】のカテゴリは“看護師・介護士の人員不足による入居者への対応の難しさ”のサブカテゴリから構成された。

【ユニット構造による安全保障の困難】のカテゴリは“死角の多さによる安全管理の難しさ”のサブカテゴリから構成された。【入居者の重症化への対応の困難】のカテゴリは“入居者の自立度低下による自己発揮への工夫の難しさ”，“入居者の重症化による医療管理の必要性”の2つのサブカテゴリから構成された。【家族との連携の困難】のカテゴリは“家族からの協力の難しさ”のサブカテゴリから構成された。【他職種との連携の困難】のカテゴリは“介護士への看護の視点の伝わりにくさ”，“介護士による看護師への報告の遅れ”の2つのサブカテゴリから構成された。【煩雑な書類整理による対人援助の困難】のカテゴリは“入退所に関する書類の整理の多さによる時間確保の難しさ”のサブカテゴリから構成された。

2）介護士における調査結果

介護士が安全なケア提供に関して感じている困難は，【介護職者間のケアの統一の困難】【ユニット構造による安全保障の困難】【人員不足による安全保障の困難】【入居者の重症化への対応の困難】【家族との連携の困難】の5つのカテゴリに分類できた（表7）。

【介護職者間のケアの統一の困難】のカテゴリは“ユニット担当介護士間の連携の難しさ”，“ユニット以外の入居者全体への介護士の理解不足”，“担当介護士がユニット固定でないことによる入居者理解の不足”，“ユニット担当介護士との関係性による入居者の状態の変化”の4つのサブカテゴリから構成された。

【ユニット構造による安全保障の困難】のカテゴリは“死角の多さによる安全管理の難しさ”，“入居者のユニットへの縄張り意識によるトラブル対応の難しさ”，“ユニットの仕切りによる緊急時の対応の難しさ”の3つのサブカテゴリから構成された。

【人員不足による安全保障の困難】のカテゴリは“看護師不在による夜間の安全保障の難しさ”，

表6. 安全なケア提供に関する困難（看護師）

カテゴリ	サブカテゴリ	語りの内容例	文脈単位数
介護職者間のケアの統一の困難 (47)	介護士によるケアの統一の不足	介護士はそれぞれのケアプランとかを把握できてなくて、ミーティングもできないのでその人の自立度がどこまで進んでいるのかっていうのもわからない状況なんです。	20
	ユニット担当介護士間の質の格差・支援の難しさ	その介護士によって「お願い」って言える人もいれば言えない人もいますし、自分で仕事を抱え込んじゃう介護士もいる。	11
	介護士による基本的予防ケア技術の不足	介護士は手袋を変える行為はせず、ずっと手袋が破けるまで次から次にオムツ交換しているので、1行為1手袋っていうのを知らないのかな。	8
	ユニット以外の入居者全体への介護士の理解不足	私たち看護師は一応日替わりで全体を見ているんですけど、たぶん介護士は全く自分の見ていない入居者はわからないと思うのでユニット型だと全体見てるよりはちょっと劣るかな～っていう感じはします。	6
	介護士によるケアの評価の不足	ユニットってそれぞれにやっていることが見えないし、言われないと気づかない…試しに期間を区切ってやってみてどうだったかっていう評価までできていない。	2
人員不足による安全保障の困難 (38)	看護師・介護士の人員不足による入居者への対応の難しさ	入居者とのコミュニケーションはなかなかとる時間が少ない…やっぱりスタッフが1人、2人でやってますので。	38
ユニット構造による安全保障の困難 (15)	死角の多さによる安全管理の難しさ	ユニット型では見えない部分がたくさんありますので、転倒したりしても早期発見できないことがある。	15
入居者の重症化への対応の困難 (15)	入居者の自立度低下による自己発揮への工夫の難しさ	援助が業務的になってしまってる…5年前に比べると自立度がかなり低下しているからかな。以前は入居者がお茶碗を洗ったり、スタッフと一緒に洗濯物を干しに出たりしてたのに、出来なくなってきている。	12
	入居者の重症化による医療管理の必要性	施設では見きれない人も長期で入り、点滴管理もしなくてはならない。	3
家族との連携の困難 (8)	家族からの協力の難しさ	本当はユニットで入居者と話して、プラス家族との付き合いも引き出したいけど…行事のついでに家族を誘っても難しかった。	8
他職種との連携の困難 (6)	介護士への看護の視点の伝わりにくさ	看護の視点で話していても介護士にはかみ砕いて説明しないとわからない。なぜ透析をするのか、なぜ水分制限をしないといけないのか、全部かみ砕いて説明しないとわかってもらえない。	4
	介護士による看護師への報告の遅れ	看護師だったら「これは急変だから」と判断できるんですけど、介護士だと危険な状況がわからずに報告が遅れる。	2
煩雑な書類整理による対人援助の困難 (4)	入退所に関する書類の整理の多さによる時間確保の難しさ	看護師も書類の整理で事務所にこもってしまうことも多いんですけど、午前・午後でユニットを回って入居者と話すと気づくことがあります。ただ退所書類の作成でユニットに行く回数は減ってますね。	4

“看護師・介護士の人員不足による入居者への対応の難しさ”の2つのサブカテゴリから構成された。【入居者の重症化への対応の困難】のカテゴリは“入居者の自立度低下による自己発揮への工夫の難しさ”，“入居者の自立度低下による個室管理の難しさ”の2つのサブカテゴリから構成された。【家族との連携の困難】のカテゴリは“ユニットケアへの家族の理解の難しさ”のサブカテゴリから構成された。

5．安全なケア提供に関する工夫

1）看護師における調査結果

看護師が安全なケア提供に関して行っている工夫は，【転倒予防のための見守り対応】【入居者の希望や状況に合わせた対応】【物理的空間の削減による転落予防】【転倒時の受傷軽減対策】【安全保障のための他職種との情報交換】の5つのカテゴリに分類できた（表8）。

【転倒予防のための見守り対応】のカテゴリは“職員から目の届きやすい場所への入居者の活動誘導”，“安定剤の使用の検討および使用時のサービスステーションでの見守り”，“転倒リスクの高い入居者や徘徊者の鈴を活用した居場所確認”，“転倒リスクの高い入居者の夜間のサービスステーション（ユニット外廊下）での見守り”，“転倒リスクの高い入居者の移動時の付き添い”，“転倒リスクの高い入居者におけるサービスステーション近くの居室選択”，“別のユニットの介護士と協力した見守り”，“こまめな見まわり”，“入居者と同じテーブルに着席した状態での食事時の見守り”，“入居者の近くで記録をしながらの見守り”の10のサブカテゴリから構成された。

【入居者の希望や状況に合わせた対応】のカテゴリは“認知症高齢者の表現の察し”，“入居者のペースに合わせた対応”の2つのサブカテゴリから構成された。【物理的空間の削減による転落予防】のカテゴリは“落下防止のための和風寝室（畳部屋）の選択”，“壁際へのベッド配置による転落可能な空間の削減”の2つのサブカテゴリから構成された。【転倒時の受傷軽減対策】のカテゴリは“転落時の受傷予防のためのベッド傍のマットレス設置”のサブカテゴリから構成された。【安全保障のための他職種との情報交換】のカテゴリは“介護士のこまめな報告による早期対応”

表7．安全なケア提供に関する困難（介護士）

カテゴリ	サブカテゴリ	語りの内容例	文脈単位数
介護職者間のケアの統一の困難(32)	ユニット担当介護士間の連携の難しさ	みんなでケアしようっていう風な感じになれないですね。区切られてしまっているので、助け・・・何か呼びづらいっていうか、他のスタッフを呼びに行けない。	16
	ユニット以外の入居者全体への介護士の理解不足	1人1人分かれて固定されてしまうと他のユニットに入った時に入居者やユニットの状況がわからなくてその人に合ったケアも出来ないので、もうちょっと全体を把握できればと思います。	8
	担当介護士がユニット固定でないことによる入居者理解の不足	新規に入られた入居者だと、介護士も毎日変わっちゃうんで顔と名前を把握していない場合に「あれこの人誰だろう？」ってなっちゃう時もある。	7
	ユニット担当介護士との関係性による入居者の状態の変化	入居者の気分と担当介護士の気分が合えばいいんですけど、合わないと不穏に繋がって、立ち上がり回数が増えたり・・・楽しくてずっと興奮した状態が続くのも危ないこともあるんですけど。	1
ユニット構造による安全保障の困難(27)	死角の多さによる安全管理の難しさ	開放的なんで最初は思ったけど結構死角があって・・・柱も大きいし、サービスステーションから見えなくて、夜間は音を頼りにしている。区切ったら区切ったでまた死角が多くなって大変だと思う。	14
	入居者のユニットへの縄張り意識によるトラブル対応の難しさ	もう自分の縄張りなんですよ、自分のユニットを俺の家だって思って、入ってきた人に対して「お前来るんじゃねーよ」ってトラブルになる。多人数になっちゃうと不穏になる人も出てくるんですよ。	11
	ユニットの仕切りによる緊急時の対応の難しさ	どうしても区切ってしまうことで急変時に他のスタッフに声をかけるのが遅くなってしまう。	2
人員不足による安全保障の困難(23)	看護師不在による夜間の安全保障の難しさ	やっぱり前日から具合悪い人とか、本当に急に何か起っちゃったりすると、ナースがいてくれたらって思うことはありますね。	20
	看護師・介護士の人員不足による入居者への対応の難しさ	私たちも業務・業務という思いが強すぎて、全然会話したりしていない感じで、なるべく1ユニットに2人ということになって話せる時間が増えたんですけど、トイレ介助くらいでなかなか横に座ってゆっくりお話ってだんだんなくなってきましたね。	3
入居者の重症化への対応の困難(21)	入居者の自立度低下による自己発揮への工夫の難しさ	ちょっと見守っているから自分で食べてお茶飲んでみようかとか、テーブル拭いてもらおうよとか出来るんですけど、ついていてあげられる時間が少ないんですよねー。食べさせてあげちゃった方が早いんじゃないかとか、飲ませちゃった方が早いし・・・本当はいけないんですけどねー。	17
	入居者の自立度低下による個室管理の難しさ	こっちが全部管理できないですよね。他人の部屋だとわからずに入ってしまう入居者もいるので大事なものを持ってきてもらってても無くなっちゃうところもある。	4
家族との連携の困難(3)	ユニットケアへの家族の理解の難しさ	入居する人って、新しい洋服、新しい歯ブラシとか・・・実に旅行に行くのかって感じになっちゃうんですよ、馴染みのものっていうと布団ぐらいですね。	3

のサブカテゴリから構成された。

2）介護士における調査結果

介護士が安全なケア提供に関して行っている工夫は，【転倒予防のための見守り対応】【入居者の希望や状況に合わせた対応】【介護職者のケアの質の担保】【介護職者のケアの負担の均一化】【誤飲・過食防止のための環境づくり】【安全保障のための他職種との情報交換】【介護職者のケアの負担の軽減】【転倒時の受傷軽減対策】【緊急時の早期対応】【事故再発防止に向けた報告書整備】の10のカテゴリに分類できた（表9）。

【転倒予防のための見守り対応】のカテゴリは“入居者を見やすい位置での見守り”，“転倒リスクの高い入居者の移動時の付き添い”，“職員から目の届きやすい場所でのレクリエーション企画による入居者の見守り”，“転倒リスクの高い入居者や徘徊者の鈴を活用した居場所確認”，“アラームよりも見守りの重視”，“転倒リスクの高い入居者におけるサービスステーション近くの居室選択”，“フロアにいる介護士人数（1～2人）の徹底”，“適切な体位の保持”，“転倒リスクの高い入居者や徘徊者の居場所確認”，“転倒リスクの高い入居者の夜間のサービスステーション（ユニット外廊下）での見守り”，“こまめな見まわり”の11のサブカテゴリから構成された。

【入居者の希望や状況に合わせた対応】のカテゴリは“入居者の重症度や自立度に合わせた配膳の順序や入浴方法の工夫”，“入居者の状態に合わせた居室選択”，“夜間の光や音の調整による睡眠環境づくり”，“入居者の行動の特徴の発見と職員間の共有”，“食事を囲んだユニット内でのなじみの関係づくり”，“徘徊者の自由な活動の保持”，“入居者の希望に沿った安心環境づくり”，“入居者に合わせたレクリエーションの提供”の8つのサブカテゴリから構成された。

【介護職者のケアの質の担保】のカテゴリは“介護士の対応の改善に向けた言葉かけ”，“月1回のフロアごとの話し合いによる共有”，“パートタイマー職員のスムーズなケアに向けた情報メモの活用”，“マンツーマンでの新人介護士指導”の4つのサブカテゴリから構成された。

【介護職者のケアの負担の均一化】のカテゴリは“夜間協力に向けた介護士の流動的なユニット配置”，“特定の処置を要する入居者に向けた固定

表8. 安全なケア提供に関する工夫（看護師）

カテゴリ	サブカテゴリ	語りの内容例	文脈単位数
転倒予防のための見守り対応 (24)	職員から目の届きやすい場所への入居者の活動誘導	リビングとキッチンカウンターが離れているので、すぐく動いてしまう入居者にはキッチンカウンターの方で過してもらうようにしています。	10
	薬剤使用の検討および薬剤使用時のサービスステーションでの見守り	立ちあがっちゃって危ない入居者の場合は医師に報告して安定するような薬を飲んでもらうようにしている。薬の効果が出ない時にはサービスステーションで見守る感じなんですよ。	3
	転倒リスクの高い入居者や徘徊者の鈴を活用した居場所確認	家族に了解をもらってズボンのベルトのところに鈴をつけておいて、その人が歩き出したらわかるようにしたら効果があったんです。	2
	転倒リスクの高い入居者の夜間のサービスステーション（ユニット外廊下）での見守り	昼間はともかく夜の危険度は高いので、危険度の高い人をピックアップしてベッドを持ち出して廊下で寝てるんですよ。	2
	転倒リスクの高い入居者の移動時の付き添い	動いて危ない入居者にはスタッフが他の場所に行く時には車椅子か、一緒に手を引いてついていってもらうように声をかけています。	2
	転倒リスクの高い入居者におけるサービスステーション近くの居室選択	転倒リスクの高い入居者では居室もサービスステーションに近いところにしますね。	1
	別のユニットの介護士と協力した見守り	不穏の強い入居者がいるときには、隣のユニットと合わせて2人のスタッフで見るようにしたり、レクリエーションを提供して気をそらせたりしています。	1
	こまめな見まわり	転倒リスクの高い入居者ではちょこちょこ見ていくしかないって感じですね。	1
	入居者と同じテーブルに着席した状態での食事時の見守り	食事のテーブル席では事故が多い入居者となるべく同じテーブルに着いてスタッフが必ず見守っています。	1
	入居者の近くで記録をしながらの見守り	サービスステーションにいないで、記録用紙をフロアに持って行ってみんなが座っている所で書くって感じですかね。	1
入居者の希望や状況に合わせた対応 (4)	認知症高齢者の表現の察し	認知症のために自分の訴えが十分にできない分、私達が逆に察してあげなきゃいけないんだって思う。	2
	入居者のペースに合わせた対応	どうしても必要なら強制しますけど、特に今本人にとって大事な時間だったら、本人のペースに合わせて仕事してます。	2
物理的空間の削減による転落予防 (3)	落下防止のための和風寝室（畳部屋）の選択	ここでは転落のリスクのある人には畳を引いて和室で寝てもらっているんです。	2
	壁際へのベッド配置による転落可能な空間の削減	半分拘束になっちゃうんですけど、壁際にベッドをつけて転落を防止する。	1
転倒時の受傷軽減対策 (1)	転落時の受傷予防のためのベッド傍のマットレス設置	ベッドから落ちても大したことがないように、マットレスをベッドの横におきます。	1
安全保障のための他職種との情報交換 (1)	介護士のこまめな報告による早期対応	ユニットに行けない分、介護士がすぐに連絡くれたり、事務所に走ってきてくれていくことも多いです。	1

表9. 安全なケア提供に関する工夫（介護士）

カテゴリ	サブカテゴリ	語りの内容例	文脈単位数
転倒予防のための見守り対応 (36)	入居者を見やすい位置での見守り	だいたい入居者さんはリビングにいるので、できるだけキッチンカウンターのところに座ると見えなくなるので、立って、入居者が見える位置にいるようにはしている。	9
	転倒リスクの高い入居者の移動時の付き添い	車椅子の立ち上がり、転倒の可能性のある入居者にはスタッフが側について一緒に行動するって感じですかね。	7
	職員から目の届きやすい場所でのレクリエーション企画による入居者の見守り	部屋にこもってしまうと転倒しているかわからないので、リビングで過ごしてもらえるようにその人の趣味や興味のあることをレクで取り入れていけたらいいなって思ってます。	5
	転倒リスクの高い入居者や徘徊者の鈴を活用した居場所確認	入居者の車椅子とか扉にお鈴をつけてそれがなったら私達が行く…っていう風にしていたこともあります。	3
	アラームよりも見守りの重視	アラームが鳴らなければ大丈夫だろうって逆に見守りをしなくなってしまいそうですよね。それだとまた危ない、逆にそこをすり抜けていってしまった時が危ない。	3
	転倒リスクの高い入居者におけるサービスステーション近くの居室選択	夜間危ない人はサービスステーションに近い居室にしますね。変更が可能であれば手前の部屋で物音が聞こえる範囲に。	2
	フロアにいる介護士人数(1～2人)の徹底	スタッフがフロアに1人いるようにはしてるんですけど、トイレとかに誘導している間に立ちあがってしまう方もいる。午後はなるべく2人で対応するようにしているんですけど、やっぱり難しい時期があります。	2
	適切な体位の保持	車椅子の乗り方でもリハビリスタッフと対応をどうすればいいか、座り方のポジショニングを確認しながら対応していますね。	2
	転倒リスクの高い入居者や徘徊者の居場所確認	食事やおやつの時には毎回全員いるかチェックして、デイのスタッフとも協力しながら居場所を確認して気をつけています。	1
	転倒リスクの高い入居者の夜間のサービスステーション(ユニット外廊下)での見守り	転倒リスクの高い入居者は夜間、サービスステーションのある廊下にベッドごと出すんですけど、4人ぐらいいて、結構見栄えがすごいですね。	1
	こまめな見まわり	リビングにいる入居者もいますし、居室で休まれている入居者もいるので、やっぱりこまめに見守りをする。	1
入居者の希望や状況に合わせた対応 (25)	入居者の重症度や自立度に合わせた配膳の順序や入浴方法の工夫	おなかがすいて不穏になってしまう入居者にも、とりあえずその人の分だけお盆に乗せてサッと配膳します。	9
	入居者の状態に合わせた居室選択	課長の方で最初に居室を決めてくれるんですけど、やっぱり現場に入ってからじゃないとわからないので、入居者の状況について相談して移動する。	5
	夜間の光や音の調整による睡眠環境づくり	夜はトイレ以外は真っ暗にして、あとは真っ暗じゃ眠れないって方には小さかったり、大きかったり、その人に合わせて電気をつけています。	3
	入居者の行動の特徴の発見と職員間の共有	起きてくるタイミングがわかってくれば見守りに行くのがわかるとか、トイレに行けばよく眠れるとか、靴があった方がよく眠れるとか、きちんとベッドの下にないとそわそわして眠れないとか、そういうちょっとしたことなんですけど、申し送りすれば違ってくる。	3
	食事を囲んだユニット内でのなじみの関係づくり	なかなか馴染めない方でも食事を同じテーブルで毎回毎回囲っていくうちに仲良くなって、食後もずっと一緒にいることができたりだとか、1~2ヶ月すると落ち着いてきます。	2
	徘徊者の自由な活動の保持	不穏になっちゃうと逆にユニットの他の入居者に危害が加わったり、他の入居者もつられてどんどん不穏になっていっちゃう場合もあるので、逆にユニットの外を徘徊してもらう場合もある。	1
	入居者の希望に沿った安心環境づくり	そのときの本人の希望に沿った環境ということで対応して、本人も自分の納得した環境でやってもらえたっていうので安心できる気がする。	1
	入居者に合わせたレクリエーションの提供	入居者の状態に応じて2つに内容を分けたレクで生活を送っていただけるようにしている。	1
介護職者のケアの質の担保 (22)	介護士の対応の改善に向けた言葉かけ	個性のあるスタッフで雰囲気作りが難しい場合には、気がついたスタッフが言っていくっていうのも大切ですし、一緒に入ったスタッフがそのスタッフをカバーしながら一緒に穏やかな雰囲気にしていくしかないのかな。	14
	月1回のフロアごとの話し合いによる共有	なるべく仕事であった時にいろいろ教えたりするんですけど、月に1回フロアでミーティングしています。	5
	パートタイマー職員のスムーズなケアに向けた情報メモの活用	基本的な介助方法をどのようにやっているかとか、お風呂のパートさんもいますので、幅広い人数で情報が伝わりにくいんですよ。伝え漏れとかも結構多いので紙面に残してみんなに渡すようにしています。	2
	マンツーマンでの新人介護士指導	私達の時はその時のユニットにいた先輩に教えてもらう感じだったので、どこまで教えたかがわかりづらかったようです。今年の新人には担当制でマンツーマンで教えて、どこまで教えたかわかるようにした。	1
介護職者のケアの負担の均一化 (14)	夜間協力に向けた介護士の流動的なユニット配置	ユニットを固定しないでやっているので、「今日はこう」、「この前入った時はこう」っていう風に情報交換みたいなことができる。	9
	特定の処置を要する入居者に向けた固定ユニットの設置	インスリン注射のある入居者の居室は1つのユニットに固定しています。	4
	特定ユニットの負担軽減に向けた入居者配置	そこのユニットだけの負担になってしまうんで、食事介助者が重複しないようにや、自立度が下がって退所がなかなか決まらない場合にはチェンジしたりして分散させている。	1
誤飲・過食防止のための環境づくり (5)	誤飲・過食防止に向けた保管庫・冷蔵庫の施錠	過食の危険のある入居者がいるときには冷蔵庫に鍵をつけていました。	3
	保管場所に入り込みやすい物品の撤去	食べたい一心でリビングのイスをジャング台にしてキッチンカウンターを乗り越えようとするので、夜間はイスを全部撤去したこともあります。	2
安全保障のための他職種との情報交換 (4)	看護師・介護士・リハビリスタッフ間の会議による情報交換	月初めに全体の…看護師やリハビリスタッフとか、事務長さんとかも入れた会議で話し合ってます。	3
	看護師との情報共有によるケアの補完	介護士と看護師で視点が違うと思うんですよ。体のことはやっぱり看護師。介護士にはわからない変化も勉強もして知識もあって体の判断を見極めやすい。介護士はどちらかというと心理的な部分というか、入居者が訴えていることをくみ取ることができるのは介護士かなって。	1
介護職者のケアの負担の軽減 (4)	介護士以外でもできる業務の整理	食器の洗浄は以前は行っていましたが保留にするようにして、入居者さんを見ていられる時間が増えたかなーって感じますね。	4
転倒時の受傷軽減対策 (3)	転倒時の受傷予防のための床材・畳の使用	全体的に床がクッションになっているので転倒した時に怪我をしにくい。	2
	転落時の受傷予防のためのベッド傍のマットレス設置	夜間の転倒防止ということでベッドの横にマットレスを引いて一応クッション代わりにしている。	1
緊急時の早期対応 (2)	緊急時のナースコールの活用	隣のスタッフを電話で呼んだりとか、離れられない時にはナースコールを押せばたいたい近くのユニットには聞こえるんですよ。	2
事故再発防止に向けた報告書整備 (2)	事故報告書の詳細な記述と看護師との防止策への話し合い	事故発生時には、事故報告書をわかりやすく書き、事故がどうして起こったか再現して、どうすれば今後防ぐことができるか、当事者と看護師で話をする。	2

ユニットの設置”，“特定ユニットの負担軽減に向けた入居者配置”の3つのサブカテゴリから構成された。【誤飲・過食防止のための環境づくり】のカテゴリは“誤飲・過食防止に向けた保管庫・冷蔵庫の施錠”，“保管場所に入り込みやすい物品の撤去”の2つのサブカテゴリから構成された。【安全保障のための他職種との情報交換】のカテゴリは“看護師・介護士・リハビリスタッフ間の会議による情報交換”，“看護師との情報共有によるケアの補完”の2つのサブカテゴリから構成された。【介護職者のケアの負担の軽減】のカテゴリは“介護士以外でもできる業務の整理”のサブカテゴリから構成された。【転倒時の受傷軽減対策】のカテゴリは“転倒時の受傷予防のための床材・畳の使用”，“転落時の受傷予防のためのベッド傍のマットレス設置”の2つのサブカテゴリから構成された。【緊急時の早期対応】のカテゴリは“緊急時のナースコールの活用”のサブカテゴリから構成された。【事故再発防止に向けた報告書整備】のカテゴリは“事故報告書の詳細な記述と看護師との防止策への話し合い”のサブカテゴリから構成された。

Ⅳ．考察

１．研究対象者および施設の特徴

調査対象の看護師は，長期にわたる病院での勤務経験を有する者が多かった。これは，看護師がある一定期間の病院勤務ののち，小規模病院や施設に勤務する者が多い現状に合致するものであった[7]。一方，調査対象の介護士は，看護師に比較すると経験年数が少なく，また3分の2が集合型施設での勤務経験はなく，主にユニットケア実施施設での勤務経験者であった。したがって，ユニット環境は介護士にとって特別な環境ではなくむしろ自然で慣れ親しんだ環境であると考えられた。

また調査対象施設のうちA施設は，介護士の勤務配置は担当日ごとに変更され全入居者に対応するため，全入居者の情報を把握できるものの，同一ユニットで継続できることで構築できる関係性を確立することは難しいと考えられた。

一方，B施設では，2つのユニットを合わせた1フロア（20名）のグループを常に固定して担当するため，集合型よりも小規模であることで入居者の細かな情報を把握でき，個々の入居者との関係性を構築しやすいと考えられた。しかし，夜間は常に看護師が不在であり，入居者の容態変化による移動を要する場合には，通常担当したことのない別のフロアの入居者を含めた40名の入居者を介護士1名で見る，つまり，入居者の情報を持たない状況下で援助をしなければならなかった。

このように両施設のケア体制には，利点・欠点があり，その欠点が安全なケア提供に関する困難に影響を及ぼしていた。

２．ユニットケア実施施設における安全なケア提供に関する困難の特徴

ユニットケアを実施している介護老人保健施設における認知症高齢者への安全なケア提供に関する困難として抽出された文脈単位数は，介護士よりも看護師で多かった。困難は，【介護職者間のケアの統一の困難】【人員不足による安全保障の困難】【ユニット構造による安全保障の困難】【入居者の重症化への対応の困難】【家族との連携の困難】の5つのカテゴリが看護師・介護士の両職者に共通していた。以下，個別に検討する。

【介護職者間のケアの統一の困難】【ユニット構造による安全保障の困難】のカテゴリは，先行研究[8]においても指摘されているユニットごとに独立した施設構造により起こりうる困難を示している。つまり，独立したユニット内では高齢者を観察する上での死角が存在し，提供されるケアの統一を難しくするといえる。

【人員不足による安全保障の困難】【入居者の重症化への対応の困難】【家族との連携の困難】のカテゴリは，ユニットケアの効果として期待される機能を果たすための条件が整わないことによる困難を示している。つまり，ケアスタッフの不足や入居者の重症化は個別対応を難しくし，さらに家族との協働の難しさがユニットケアに期待される「入居者が居宅に近い日常生活の中で役割を持った生活」を営めなくしている。

また，看護師のみに認められた安全なケア提供に関する困難は，【他職種との連携の困難】【煩雑な書類整理による対人援助の困難】であった。これらは，看護師の役割機能を充分に発揮できないことによるジレンマを表している。【他職種との連携の困難】を構成するサブカテゴリは，“介護士への看護の視点の伝わりにくさ”，“介護士による看護師への報告の遅れ”である。看護師の語りの内容から，専門用語の理解や異常の早期発見な

ど，介護士に看護師と同様の技量を求めては共通理解や連携への困難を感じ，入居者の健康管理という役割機能を十分に果たせないと感じ，批判に転じていることが推察された。しかしながら，異なる職種同士が連携するためには，このような相違点を理解し認めた上でどのように協働すべきかを検討しなければならないだろう。

さらに，ひとりひとりの入居者と関わる機会の多い介護士と異なり，介護老人保健施設での看護師は入居者全体の健康管理や処置，入退所に伴う書類の整理等に時間を費やすことが多く，看護師自身のもつ対人援助技術を充分に発揮する機会を作りづらいことからジレンマを生じていると考えられる。

３．ユニットケア実施施設における安全なケア提供に関する工夫の特徴

ユニットケアを実施している介護老人保健施設における認知症高齢者への安全なケア提供に関する工夫として抽出された文脈単位数は，看護師よりも介護士で多かった。工夫は，【転倒予防のための見守り対応】【入居者の希望や状況に合わせた対応】【安全保障のための他職種との情報交換】【転倒時の受傷軽減対策】の4つのカテゴリが看護師・介護士の両職者に共通していた。

【転倒予防のための見守り対応】は，看護師・介護士ともに‘転倒リスクの高い入居者や徘徊者の居場所確認’や‘見守り’に関する内容が半数を占めており，援助方法として浸透した工夫であるといえる。しかし，看護師では“職員から目の届きやすい場所への入居者の活動誘導”，“使用薬剤の検討および薬剤使用時のサービスステーションでの見守り”を挙げているのに対して，介護士では“職員から目の届きやすい場所でのレクリエーション企画による入居者の見守り”，“アラームよりも見守りの重視”を挙げ，その人の日常を壊さない方法での工夫を行っていた。井上ら[9]は，介護老人保健施設における生活リズム調整ケアの前提となる看護師と介護士の価値観の相違点について，「看護職者は看護の継続性のための生活管理的視点を，介護職者は在宅のリズムを崩さないように生活を支援する視点を大切にしている」と述べている。本研究においても看護師は入居者の安全を守るために管理しやすいような環境を整えていくのに対して，介護士は入居者の生活に無理のない範囲での変化を目指すといったように援助の視点に違いがある。そしてこの両職者の視点があってこそ入居者の‘安全’と‘安心’が守られ，双方の視点が援助に活かされる必要があると考える。

【入居者の希望や状況に合わせた対応】は，介護士でより多く見受けられた。‘入居者の希望に沿った安心環境づくり’をするために，‘入居者の重症度や自立度に合わせた配膳の順序や入浴方法の工夫’など，介護士が入居者の特徴を捉えながら安全・安楽・自立に向けたケア方法の選択を工夫している。【安全保障のための他職種との情報交換】は，看護師・介護士のケアスタッフだけでなく，施設職員全体の視点を共有することにより，一人の入居者を全体として理解するために工夫していると考えられる。

【転倒時の受傷軽減対策】として，転倒した場合の受傷を軽減するためにクッション性のある床やマットレス設置を行っていた。これは，介護老人保健施設の施設理念であるリハビリテーションによる在宅復帰を達成させるために，入居者の自由な生活行動を図りながら転倒を防止することの困難さから配慮された工夫であると考える。

また，看護師のみが【物理的空間の削減による転落予防】を工夫し，入居者のより重度の受傷を防止する方策を挙げていた。

一方，介護士のみが【介護職者のケアの質の担保】【介護職者のケアの負担の均一化】【誤飲・過食防止のための環境づくり】【介護職者のケアの負担の軽減】【緊急時の早期対応】【事故再発防止に向けた報告書整備】を工夫していた。【介護職者のケアの質の担保】【介護職者のケアの負担の均一化】【介護職者のケアの負担の軽減】【緊急時の早期対応】【事故再発防止に向けた報告書整備】，これらの工夫は，ユニットに分断された構造上の特徴からユニット担当介護士が他の職員からの支援を受けにくく，介護士自身が各ユニット管理に関する責任を感じやすいことに対して見出した工夫である。つまり，介護士はケアの質を担保するために，入居者に対して誰もが同質のケアを提供できるよう，‘介護士の対応の改善に向けた言葉かけ’や効果的な‘マンツーマンでの新人介護士指導’の工夫をしている。また，‘特定ユニットの負担軽減に向けた入居者配置’や‘介護士以外でもできる業務の整理’を行うことで，ケアの負

担の均一化や軽減を図り，緊急時や事故の際には，‘緊急時のナースコールの活用’により，入居者の安全を保障する工夫を行っている。【誤飲・過食防止のための環境づくり】については，ユニット型は物理的空間が居宅の生活空間に準じて設計されており，入居者がキッチンや物品を管理する場所に入り込みやすい環境である中で安全を守るためにされた工夫である。

４．ユニットケア実施施設における安全なケア提供に関する困難と工夫の関連性

１）両職者に共通した安全なケア提供に関する困難と工夫の関連性

両職者は，安全なケア提供に関する共通した困難である【介護職者間のケアの統一の困難】に対して，介護職者の負担軽減や質の向上に向けた【介護職者のケアの質の担保】【介護職者のケアの負担の軽減】【介護職者のケアの負担の均一化】の工夫をすることで対応している。また，【ユニット構造による安全保障の困難】に対しては，ユニット構造により生じる死角の影響を最小限にとどめるために入居者の事故防止や容態変化への早期対応に向けた【転倒予防のための見守り対応】【物理的空間の削減による転落予防】【転倒時の受傷軽減対策】【誤飲・過食防止のための環境づくり】【緊急時の早期対応】【事故再発防止に向けた報告書整備】を工夫することで対応している。

【入居者の重症化への対応の困難】に対しては，認知症高齢者の生活やペースを守ることでの周辺症状の悪化防止やその人らしい活動の保持に向けた【入居者の希望や状況に合わせた対応】の工夫をすることで対応している。しかしながら，【入居者の重症化への対応の困難】には医療行為を要する入居者の増加をも含んでいるが，この観点については充分に対応した工夫はみられなかった。そして医療行為を要する入居者の増加が，さらに“看護師不在による夜間の安全保障の難しさ”を強化し，夜間の介護士の不安を増す状況にあるといえる。

【人員不足による安全保障の困難】のうち，“看護師不在による夜間の安全保障の難しさ”といった人員確保の観点については両職者の努力のみでは対応しきれないことからか，対応する工夫が存在しない。介護老人保健施設での夜間の職員配置基準[10]は，看護職員または介護職員が2名以上であることとされ，ユニット型介護老人保健施設の職員配置基準[11]は，昼間はユニットごとに常時1名以上，夜間は2ユニットごとに1名以上の介護職員または看護職員を配置することとされている。つまり，法的基準の上では夜間の看護師配置は義務付けられていないことになる。しかし，介護老人保健施設の入居者は徐々に重症化しており，看護師不在の状態で身体管理を行うことは非常に難しくなってきている。また，“看護師・介護士の人員不足による入居者への対応の難しさ”については，【介護職者のケアの負担の軽減】や【介護職者のケアの負担の均一化】【介護職者のケアの質の担保】を図ることで，介護士の人員不足を介護士自身が補いケアの質を保障する努力をしているものと考えられる。さらに，【安全保障のための他職種との情報交換】により，ケアスタッフ同士や他職種との連携を通して入居者の状況をより深く理解することで入居者への対応の質向上を図っている。

【家族との連携の困難】に対しては，対応する工夫がなされていないことが明らかとなった。今後ケアスタッフによる家族へのユニットケア理解に向けた働きかけの具体的対応が求められる。

２）看護師のみに認めた安全なケア提供に関する困難と工夫との関連性

看護師のみに認めた安全なケア提供に関する困難である，【他職種との連携の困難】に対しては，【安全保障のための他職種との情報交換】の工夫をすることで対応している。また，【煩雑な書類整理による対人援助の困難】に対しては，対応する工夫がされていないことが明らかとなった。今後書類の簡素化を図ることができないか検討し，看護師が対人援助を行う時間が確保できるような対策を図る必要がある。

３）介護老人保健施設の特徴に適したユニットケア体制の必要性

介護老人保健施設は病院から在宅への中間施設であり，入居者に応じた目標と支援計画を踏まえた多職種によるチームケア，集中的な維持期リハビリテーションの実施，早期在宅復帰および在宅生活支援，家族や地域住民・地域医療福祉サービス機関と一体になった地域に根差した施設としての役割が求められている[12]。

しかしながら，本調査の結果から，入居者の重症化と在宅復帰後の入退所により，介護老人保健

施設本来の機能を果たしにくい状況にあることがわかる。また，入居者の重症化に見合った人員の確保がなされていない中で，さらに人員確保を必要とするユニットケアを安全に実施することは難しいといえる。

波潟[13]は，ユニットケア導入を成功させる4つの柱として，①よりよい居住環境づくり，②職員シフトの整備，③暮らしと心に寄り添うケア，④スーパーバイズの実践をあげ，勤務している施設ではソフトウェアの充実のために，職員が高齢者の「なじみの関係」になれるようユニット配置を固定し，ユニットには常に職員がいる工夫や職員同士の情報交換を図っている。現在，高齢者施設の役割機能や人員配置は検討されつつあるが，介護老人保健施設の役割を遂行でき，かつ安全にユニットケアの利点を活かすという視点を踏まえたケア体制の検討が必要である。

また，本調査における看護師から抽出された文脈数をみると，“困難”で多く“工夫”では少ないという特徴が明らかになった。さらに“困難”の内容の中には，看護技術の視点から介護士の手技に危険性を見出す内容が見られた。看護師は介護士との協働の中で，入居者の身体管理や施設全体の衛生管理に責任を持つという役割を発揮できるような働きかけを工夫する必要がある。また，それが個人の努力に留まらない職員間の協力体制モデルを創出することが急務である。

認知症高齢者は，慣れ親しんだ関係性を形成することで安心して生活できるため，なじみの人間関係，なじみの居室空間，なじみの地域といった要素を大切にすることが望ましい[14]。つまり，ユニットケアの理念は，認知症高齢者が安心で安全な生活を過ごす上での効果的なケアに合致するものである。したがって，常にこのユニットケアの理念に立ち返り，理念に向かうための具体的対応について，常に施設内外へ啓蒙活動を行うことが重要である。

Ⅴ．本研究の限界と今後の課題

本研究は1団体2施設の看護師・介護士へのインタヴュー調査であるため，今後は，本研究で得られた結果を基礎資料とし，全国調査により，認知症高齢者を対象にユニットケアを実施する施設における安全なケア提供の困難と工夫について，一般化し得る知見を得ていくことが課題である。

Ⅵ．結論

ユニットケアを提供している介護老人保健施設のケアスタッフの認知症高齢者への安全なケア提供に関する困難と工夫を明らかにすることを目的に，認知症高齢者にユニットケアを実施している介護老人保健施設2施設の看護職者5名，介護職者7名に半構造化面接法によるインタヴューを行い質的帰納的研究方法により分析した。

両職者は安全にケアを提供するために，【介護職者間のケアの統一の困難】【人員不足による安全保障の困難】【ユニット構造による安全保障の困難】【入居者の重症化への対応の困難】【家族との連携の困難】を感じていた。そして，安全なケアを提供するために，【転倒予防のための見守り対応】【入居者の希望や状況に合わせた対応】【安全保障のための他職種との情報交換】【転倒時の受傷軽減対策】の工夫を行っていた。

ユニットケアを提供する介護老人保健施設において認知症高齢者が安心で安全な生活を過ごすためには，適正な人員確保とともに職員間の協力体制モデルを創出することが必要であり，ユニットケアの理念についての継続的な啓蒙活動が重要である。

本研究は平成21年～22年度科学研究費補助金若手研究（Ｂ）の助成により行い，研究内容は第30回日本看護科学学会学術集会において発表した。

文　献

１）厚生労働省：2015年の高齢者介護のあり方～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～補論2ユニットケアについて（http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3b.html），2003.
２）厚生労働省：平成18年度介護サービス施設・事業所調査結果の概況（http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service06/kekka3.html），2006.
３）前掲書１）
４）重森健太・日下隆一他：介護老人保健施設における認知症の程度と転倒の関係について，日本認知症ケア学会誌，5（1），21－26，2006.
５）宮崎県・大分県のアンケート調査にみるユニットケアの現状と課題　既存特別養護老人ホームにおけるユニットケア導入に関する基礎的研究　その2，九州保健福祉大学研究紀要6,

89－94，2005.
6）中村知布・久保晃信他：施設の基本方針，重点目標等の実施状況と職員意識，旭川荘研究年報39（1），106－107，2008.
7）角田由佳：看護師の働き方を経済学から読み解く 看護のポリティカル・エコノミー，121－137，医学書院，2009.
8）前掲書1）
9）井上映子・茂野香おる他：介護老人保健施設ケアスタッフの生活リズム調整ケアの基盤となっている価値観，千葉県立衛生短期大学紀要，26（1），97－104，2007.
10）厚生労働省：厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準（2000年告知，2010年最終改正）.
11）厚生労働省：介護老人保健施設の人員，施設及び設備並びに運営に関する基準（1999年告知，2010年最終改正）.
12）介護老人保健施設協会：介護老人保健施設職員ハンドブック'08年度，3，厚生科学研究所，2008.
13）波潟幸敏：既存施設がユニットケア導入のためにうち破るべき壁―特別養護老人ホーム鷹栖さつき苑の実践から，月刊総合ケア，13（10），41－49，2003.
14）琵琶湖長寿科学シンポジウム実行委員会編：認知症ケアの本質，別冊総合ケア，医歯薬出版，2007.

Original Article

Difficulties and Measures Taken in the Safety Care of Elderly People with Dementia at those Healthcare Facilities for the Elderly which Implement "Unit Care" -- A Report based on Interviews with the Care Staff

Eiko NAGAI, Eiko INOUE

Abstract

This study was designed to discover the difficulties experienced in the safety care of elderly people with dementia at those healthcare facilities for the elderly which put 'Unit Care' into effect. And it aimed to examine the measures - the actual plans and routines - that are taken while carrying out safety care. The study method involved undertaking recorded interviews with the healthcare staff members. Before doing the recordings, we explained the study to the participants and our procedures to guard their privacy. The records were later classified and anonymized with a supervisor.

The results of the study showed that the difficulties the staff members were having related to the following: "Difficulties in coordination between care workers," "Difficulties with safety because of understaffing," "Difficulties in safety because of blind spots in buildings," "Difficulties with care in severe situations," and "Difficulties about care responsibilities amongst families."

The measures taken by the staff members were: "Observation to prevent falls," "Choosing care with regards to both an elderly person's situation and their expectations," "Exchange of information between staff," and "Prevention of injuries in falls".

Elderly people with dementia at healthcare facilities for the elderly often deteriorate severely. During this time they often repeatedly come and go between home and the healthcare facilities. Therefore, there is a necessity to have a proper number of staff members who can both create and maintain a cooperative relationship model. There is also a need for a continuous educational campaign to teach about the unit care ideals and how to put this 'Unit Care' into effect.

Key Words：Elderly People with Dementia, Unit Care, Healthcare Facilities for the Elderly, Risk Management

School of Nursing, Jichi Medical University

原　著

早期産体験の癒し尺度改訂版の構成概念妥当性の検討

中島登美子[1)]・清水嘉子[2)]

抄録：本研究の目的は，早期産体験の癒し尺度（HPC）の構成概念妥当性について検討することである。対象は，早期産の母親169名である。確認的因子分析と共分散構造分析により因子構造を確認し，32項目のHPCよりも良い適合度（GFI 0.838, AGFI 0.799, RMSEA 0.071, AIC 433.497）を示した21項目を早期産体験の癒し尺度改訂版（HPC-R）として採用した。下位尺度の内的整合性Cronbach's α は0.81，0.77，0.73，安定性（ρ）は0.86，0.68，0.66であった。下位尺度<現実の受けとめ>と<自己の確かさ>は「母親の愛着」と関連し（r=0.45，p<0.01，r=0.47，p<0.01），<辛さのとらわれからの解放>は「抑うつ」と負の関連があった（r=－0.29，p<0.05）。臨床への適用を検討するため，母親19名を対象としカンガルーケア実施前後の測定を行った。その結果，<辛さのとらわれからの解放>と<現実の受けとめ>は2週間後と退院前が介入前よりも有意に高く，先行研究と類似していた。これらから，HPC-Rの構成概念妥当性は一定の支持が得られ，早期産体験の癒しを測定する尺度として活用可能といえる。

キーワード：構成概念妥当性，癒し，早期産，母親

Ⅰ．はじめに

母子保健政策の一環として1960年代より新生児集中治療室（NICU）の整備が進められ，低出生体重児の救命率は向上したが[1)]，その一方で感染予防の厳密さが母子関係の形成に影響を与えてきた[2) 3)]。救命率の向上に相反し母子関係の形成に好ましからざる影響を与えたということは，NICUの環境が人工的になるとともに人間的な関係性がそがれるという警告でもあった。

その背景には，母親は子どもとのふれあいを通して母親となった実感を得るのに対し[4)]，早期産の母親は子どもが早く生まれた喪失感，子どもを護れなかった罪悪感等を伴い，子どもとの関係形成に課題をかかえ傷つきやすさを残しやすいことがある[5) 6) 7)]。そのため，多くの施設ではタッチケアやカンガルーケア等の早期接触ケアを勧め，母子関係の形成を支える関わりを行っている[8) 9)]。早期接触ケアの中でもカンガルーケアは早期産体験の辛さから解放され，自己の確かさを得る過程を通して癒され，母子関係の形成につながることが示されている[10) 11) 12)]。

NICUにおけるケアの成果を示すには，現象を表す概念に焦点を当てた尺度を開発する必要があり，先行研究において早期産体験の癒し尺度（HPC）を開発し信頼性・妥当性を検討した[13)]。HPCの信頼性は，Cronbachs' α 0.75～0.78，安定性0.78～0.88，妥当性は内容妥当性，多特性・多方法の方法等を用いて検討したが，対象数の限界等から因子分析による尺度構成の確認は保留とした。また，癒されるにつれ抑うつは低下するが，愛着は高く推移しており[14)]，辛さが存在するにもかかわらず肯定的な情愛が高いこと等を再確認する必要がある。そのため，本研究では，HPCの妥当性として，尺度の因子構造，癒しと抑うつおよび愛着との関連，および臨床への適用を通し尺度の構成，および尺度が測定し得るものを再検討することを目的とする。

1) 自治医科大学看護学部
2) 長野県看護大学看護学部

Messick[15) 16)] は，尺度の妥当性について，構成概念妥当性は内容妥当性，併存妥当性と共に妥当性の一部と捉えられていたことに対し，構成概念妥当性は何を測定しているかに関する情報だけではなく，尺度使用の有用性等を考慮した概念であり妥当性そのものであるという。本研究はMessick[16)] に基づき，構成概念妥当性について因子分析等の構造的側面，信頼性分析等の一般的側面，概念間の関連等の外的側面，臨床への適用等の結果的側面を検討する。なお，尺度の表記は，HPCの下位尺度< >，関連概念「　」を用いる。

Ⅱ．用語の定義

早期産体験の癒しとは，存在感の揺らぐ辛い体験の中で子どもの生きる力を感じ取り，内省を通し母親として存在する確かさが得られることでもたらされる安寧の感覚をいう。尺度の構成は，<辛さのとらわれからの解放>，<現実の受けとめ>，<自己の確かさ>の3下位尺度から成る。<辛さのとらわれからの解放>とは，早期産により生じる精神的辛さで，子どもとの関係において母親として感じる罪悪感，不確かさ，存在感の揺らぎから解放されることをいう。<現実の受けとめ>とは，脆さを伴う子どもの生きる力に気づき，現実に存在する子どもを実感することをいう。<自己の確かさ>とは，母親として存在する確かさを得て，早期産体験を肯定的に意味づけることをいう[13)]。

Ⅲ．研究方法

１．調査施設：調査はカンガルーケアを導入し1年以上経過しているNICU7施設へ依頼し，協力の得られた4施設で行った。そのうちの1施設で臨床への適用を検討した。

調査施設におけるカンガルーケアの方法は，安楽椅子に座った母親の胸の中に，おむつのみ着用した子どもを入れスキン・ツー・スキンケアを行う。1回の実施時間は，約2時間30分以内である。

２．対象：早期産で低出生体重児を出産しカンガルーケアを実施する意思のある母親169名を対象とした。なお，子どもに重度の脳神経障害がある場合は除外した。母親の平均年齢は30歳（±4.75），出産経験は初産婦65%，出産様式は帝王切開66%占めていた。子どもの平均在胎週数は30週2日（±3週2日），平均出生体重は1,261g（±412）であった。臨床への適用の調査対象は19名，平均年齢は29歳（±5.00）であった。子どもの平均在胎週数は31週6日（±4週0日），平均出生体重は1,416g（±387），カンガルーケア開始日の平均修正週数は35週2日（±2週0日），平均体重は1,523g（±338），退院時の平均修正週数は41週0日（±5週1日），平均体重は2,635g（±304）であった（表1参照）。

３．データ収集方法：各施設に対して訪問と文書による依頼を行った。対象に対する依頼は，依頼書をもとに施設の看護師が説明し，研究協力に承諾を得られた方を対象とした。質問紙は回答後に施設担当者が回収し，施設から研究者に返送する方法をとった。調査時期はカンガルーケア開始前に設定し，データ収集期間は6～15ヵ月間であった。

臨床への適用の調査は，カンガルーケア実施前（介入前とする）とカンガルーケア実施後約2週間（2週間後とする），および退院前の3時期，データ収集期間は約7ヵ月間であった。

４．測定用具：HPC[13)] は，32項目，4段階リッカート評定（1.ほとんどない～4.非常にある），下位尺度<辛さのとらわれからの解放>は逆転入力とし，得点範囲は32～128，得点が高いほど癒されることを表す。母親の愛着質問紙[17)] は，子どもに対する母親の愛着を測定し，8項目，得点範囲4～32点から成る。CES-D（The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale）[18)] は抑うつを測定し，20項目，得点範囲0～60点から成る。これらは，信頼性と妥当性が検証され，得点の高い方が当該内容の高いことを表す。

５．データ分析方法：データ分析は，記述統計，確認的因子分析を用いて因子構造を解析し，Amosによる共分散構造分析による適合度を検討し，因子と母親の愛着および抑うつとの関連はピアソンの相関係数（r），安定性はスピアマンのロー（ρ），3時期の分析は一元配置分散分析および多重比較にはシェッフェの方法を用いた。統計ソフトはSPSS ver.18, Amos ver.18である。

６．倫理的配慮：事前調整において，病棟看護師長に対象者の研究参加への任意性を説明し了承を得た。対象への倫理的配慮は，依頼書に研究目的，協力内容，研究参加の任意性，途中辞退が可能であること，研究参加しない場合もケアへの影響はないこと，プライバシーの保護等を明記し，協力の得られた方を対象とした。本研究は，静岡県立

大学研究倫理審査委員会の承認を得ている。

Ⅳ．結果

１．因子構造の検討

因子の構造的側面は，確認的因子分析と共分散構造分析を用いて検討した。分析に先立ち，得点項目の歪度，尖度が2.0を超えた2項目は，パラメトリックな検定には適さないため[19]，分析から除外した。

因子分析は，主因子法を用い，因子負荷量1.0以上を示した因子の累積％，スクリープロットを参照し，プロマックス回転をかけて抽出した因子パターンから32項目，29項目，21項目の構成を検討し，因子負荷量0.4以上を示し，他の因子への負荷量が0.4を下回る3因子を抽出した。

次に，確認的因子分析により抽出された因子を潜在変数とし，潜在変数に含まれる変数を観測変数とし，共分散構造分析を用いてモデルの適合度を確認した。32項目モデル，29項目モデル，21項目モデルの適合度を検討した結果，21項目モデルの適合度指標は，GFI 0.838, AGFI 0.799, RMSEA 0.071, AIC 433.497と他のモデルよりも良い適合度を示しており，21項目モデルを早産体験の癒し尺度改訂版（HPC-R）として採用した（表2, 3参照）。

尺度の構成は，<辛さのとらわれからの解放>9項目，<現実の受けとめ>5項目，<自己の確かさ>7項目 の3下位尺度であり，各因子を構成する項目はHPCと同一因子内に入っていた。項目の得点範囲は1.60～3.65，平均2.86（±0.50）であった。各下位尺度の得点傾向は，<辛さのとらわれからの解放>が低く，<自己の確かさ>が高い傾向を示し，先行研究と類似した傾向を示していた。

下位尺度の構成は，第1因子<辛さのとらわれからの解放>は早産が子どもにもたらす影響を懸念する情緒的項目，第2因子<現実の受けとめ>は子どもとの関係における情緒的側面を表す項目，第3因子<自己の確かさ>は早産となった体験を肯定的に受けとめる項目から成る。

下位尺度間の関連は，<現実の受けとめ>と<自己の確かさ>にやや関連があったが（r=0.36），これら2下位尺度と<辛さのとらわれからの解放>との関連は弱かった（r=－0.09～0.04）（表2参照）。

２．関連概念間の関連

HPC-R下位尺度と「抑うつ」および「母親の愛着」との関連を検討した結果，<辛さのとらわれからの解放>は「抑うつ」と有意な負の相関があった（r=－0.29，p<0.01）。また，<現実の受けとめ>および<自己の確かさ>は「母親の愛着」と有意な正の相関があった（r=0.45，p<0.01，r=0.47，p<0.01）（表4参照）。

３．信頼性の検討

信頼性は内的整合性と安定性を検討した。下位尺度の内的整合性Cronbachs' α は，<辛さのとらわれからの解放> 0.81，<現実の受けとめ> 0.77，<自己の確かさ> 0.73であった（表2参照）。安定性は，介入前と2週間後の相関は，<辛さのとらわれからの解放> ρ =0.66（p<0.01），<現実のうけとめ> ρ =0.86（p<0.01），<自己の確かさ> ρ =0.68（p<0.01）であり，やや強い関連があった（表2参照）。

表1．対象の属性

＜母親＞		尺度構成の調査	臨床への適用調査
平均年齢		30 歳（±4.75）	29 歳（±5.00）
出産経験	初産	111 名（65.68%）	10 名（52.63%）
	経産	58 名（34.32%）	9 名（47.37%）
出産様式	自然分娩	57 名（33.72%）	10 名（52.63%）
	帝王切開	112 名（66.28%）	9 名（47.37%）
＜子ども＞			
出生時	平均在胎週数	30w2d（±3w2d）	31w6d（±4w0d）
	平均出生体重	1,261g（±412）	1,416g（±387）
カンガルーケア開始日	平均修正週数		35w2d（±2w0d）
	平均体重		1,523g（±338）
退院日	平均修正週数		41w0d（±5w1d）
	平均体重		2,635g（±304）
		(n=169)	(n=19)

註：w= 週 , d= 日

表2. 早期産体験の癒し尺度改訂版（HPC-R）の因子パターンと因子相関および信頼性係数

項　目	1	2	3	平均	SD
1. ＜辛さのとらわれからの解放＞					
赤ちゃんの側についてあげられなくて，すまないと思う	0.64	−0.13	−0.02	1.68	0.85
赤ちゃんの小ささが気になる	0.62	0.17	−0.05	2.49	0.97
小さく産んで申し訳ないと思う	0.62	−0.07	−0.01	1.63	0.88
小さく生まれたので，赤ちゃんの健康にどんな影響があるのか気になる	0.61	0.03	−0.01	1.60	0.87
いつ頃，赤ちゃんが良くなるのか分からない	0.58	0.04	0.14	2.71	0.92
なぜ，私が早産になったのかと思う	0.53	−0.09	0.02	2.24	1.05
赤ちゃんの身体にいろんなものがついていて，痛々しく感じる	0.53	0.01	0.01	2.41	0.94
赤ちゃんの不安定な呼吸が心配になる	0.52	0.01	0.09	2.66	1.02
赤ちゃんが弱々しくて，もろく感じる	0.44	0.28	−0.12	2.65	1.01
2. ＜現実の受けとめ＞					
私が母親ということを，赤ちゃんが分かっているように思える	−0.07	0.76	0.04	2.23	0.91
赤ちゃんが，私の気持ちを分かってくれてるように思える	−0.01	0.75	−0.08	2.23	0.90
赤ちゃんは，私と一緒にいると安心しているように思える	−0.08	0.68	0.01	2.33	0.85
私の赤ちゃんという実感がある	0.11	0.50	−0.02	3.24	0.78
赤ちゃんの状態が分かり，ケアできる気がする	0.03	0.45	0.09	1.97	0.84
3. ＜自己の確かさ＞					
同じような体験をしたお母さんと話すと，私もがんばろうと思える	−0.11	−0.06	0.60	3.25	0.96
赤ちゃんのがんばりに励まされて，私自身がしっかりしなきゃと思う	0.01	0.14	0.54	3.56	0.68
夫（パートナー）の協力に感謝している	0.05	−0.10	0.54	3.59	0.72
これからのことを前向きに考えられる	0.17	0.00	0.54	3.26	0.70
赤ちゃんの入院では，私自身がいい経験をしたと思える	−0.11	0.06	0.51	3.10	0.99
母親として，赤ちゃんのためにできるだけのことをしていると思う	−0.02	0.15	0.50	2.72	0.87
夫（パートナー）と赤ちゃんのことを話し合える	0.08	−0.05	0.47	3.65	0.57

因子相関	1	2	3
1. 辛さのとらわれからの解放		0.09	−0.04
2. 現実の受けとめ			0.36
3. 自己の確かさ			
Cronbach's α	0.81	0.77	0.73
安定性（ρ）	0.66*	0.86*	0.68*

＊ ρ <0.01

表3. 共分散構造分析による適合度比較

尺度	GFI	AGFI	RMSEA	AIC
21 項目モデル	0.838	0.799	0.071	433.497
29 項目モデル	0.795	0.762	0.063	741.993
32 項目モデル	0.755	0.719	0.073	1007.524

4．臨床への適用

カンガルーケア実施前後の変化について，一元配置分散分析と多重比較を用いて検討した結果，一元配置分散分析では<辛さのとらわれからの解放>と<現実の受けとめ>が有意に変化していた（F=12.86，p<0.001，F=22.37，p<0.001，表5参照）。多重比較では，<辛さのとらわれからの解放>と<現実の受けとめ>は，2週間後と退院前が介入前よりも有意に高かった（p<0.001）。一方，<自己の確かさ>はいずれの測定時期においても有意差はなかった（表6参照）。

V．考察

1．構成概念妥当性

Nunnally & Bernstein[20] に基づく解釈により，HPC-R下位尺度のCronbachs' α は，0.7以上を示しており内的整合性があるといえる。また，安定性も比較的高く，HPC-Rの信頼性を支持するといえる。

構造的側面については，因子分析と共分散構造分析により3下位尺度，21項目の適合度の良いことが確認された。HPC-R下位尺度間の関連は，<現実の受けとめ>と<自己の確かさ>には有意な正の関連があったが，これら2下位尺度と<辛さのとらわれからの解放>との関連は弱く，因子構造は複数次元であることを示していた。

癒しが複数次元から構成されるということについては，人は出来事の大きさにショックを受けると，衝撃を予防するため辛さを意識下に覆い隠そうとすること，一方で，その辛さを意識化し現実に向き合うことが可能となれば，自らの確かさを得て癒されるという[21) 22)]。すなわち，癒しは辛さにとらわれる次元と現実に向き合い自己の確かさを得るという次元から構成され，複数次元から成ることを支持するといえる。

早期産の場合は，子どもを喪ったかのような深い悲しみにとらわれるが[23) 24)]，ケアにより辛さにとらわれることから解放され母親として存在する確かさを得て癒される[10) 12)]。これらから，癒しはネガティブな側面とポジティブな側面を含み，HPC-Rが複数次元から構成されることを支持する。また，ポジティブな側面とネガティブな側面は異なる側面であるため[24) 25)]，必ずしも相関しない[26)]。

下位尺度間の関連と概念間の関連については，本研究における<辛さのとらわれからの解放>と「抑うつ」に有意な負の関連があったことは，辛さにとらわれることから解放されるにつれ抑うつが低くなることを示している。

Rubin[4] は，自らが抱く理想と実際の経験に不均衡がある場合は，自らを軽視することにつながり抑うつと敵意を引き起こすという。早期産は出産に伴う理想と現実との相違による不均衡をもたらしやすく[27)]，正期産の母親よりも不安と抑うつが強く現れる[28) 29)]。早期産では，子どもに苦痛を

表4．関連概念間の関連

尺度		抑うつ	母親の愛着
早期産体験の癒し	辛さのとらわれからの解放	−0.29*	−0.12
	現実の受けとめ	0.12	0.45**
	自己の確かさ	−0.16	0.47**

*p<0.05　**p<0.01

表5．早期産体験の癒しの一元配置分散分析

尺度		平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
早期産体験の癒し	辛さのとらわれからの解放	608.035	2	304.018	12.861	0.001
	現実の受けとめ	449.114	2	224.557	22.378	0.001
	自己の確かさ	15.710	2	7.855	1.234	0.082

与えたことへの罪悪感があり，子どもの苦痛を共に感じているような思いを持つことがある。子どもに苦痛を与えた苦しさは自己嫌悪感を生み，抑うつにつながる可能性がある[30]。これらは，早期産により生じる辛さは抑うつをもたらすが，本研究では逆点入力による辛さにとらわれることから解放されることをみているため，抑うつとの間には負の関連が示されるといえる。

一方，辛さが存在するにもかかわらず子どもに対する愛着は高く，みかけ上の高さか否かを識別する必要がある。みかけ上の高さである場合は，敵意が存在することが考えられる。敵意は，周囲の期待に添えず早産となったことに対する恥ずかしさと非難されるべき存在として自分をとらえる時に生じ得るため怒りの制御が難しく[31) 32]，怒りを子どもに向ける懸念がある。

しかし，HPCはSelf Esteemとの関連があることからも[13]，自己を肯定的に捉えることが基盤にあると考えられる。HPC-Rの<現実の受けとめ>および<自己の確かさ>は愛着と関連していたことからも，本研究における愛着の高さは子どもに対するポジティブな情愛を示していると考えられる。

Rubin[4] は，出産後の母親は子どもに対する愛おしさに導かれ，子どもをケアする確かさを得て母親らしさを形づくるという。Mercer et al [27] は，母親役割達成感は子どもへの愛着と相互依存しながら形づくられ，育児に対する自信と満足感を得るという。これらは，子どもに対する母親の愛着と母親役割達成感および母親らしさに関連があることを表し，本研究において，子どもに対する<母親の愛着>と<現実の受けとめ><自己の確かさ>が関連することを支持するといえる。これらの概念間の関連は，妥当性の外的側面を支持するといえる。

臨床への適用については，<辛さのとらわれからの解放>はカンガルーケア後に辛さのとらわれから解放され癒しが高くなること，およびカンガルーケア後に<現実の受けとめ>が高くなり，その変化は退院まで持続することを示していた。これらは，先行研究[14] と類似するが，異なっていたのは<自己の確かさ>には有意差がなかったことである。先行研究[14] における<自己の確かさ>は，分散分析では有意であったが3時期に有意差はなかった。本研究では，分散分析に有意差はなかったものの数値は上昇しているため，近い傾向を示しているといえる。

これらは，臨床で生じている現象[10) 12] の概念的関連を数量的に示しており，臨床への適用を基にした妥当性の結果的側面を支持するといえる。

これらから，信頼性と妥当性の構造的側面，外的側面，および結果的側面等から，HPC-Rの構成概念妥当性は一定の支持が得られたと考える。

2．尺度の有用性

HPC-Rは，ケアに伴う早期産体験の癒しを測定可能な尺度といえ臨床的に有用であるといえる。また，本尺度はNICUにおいて早期産の母親に対して行われるケア成果の測定を可能にし，現象を明らかにする一助になるといえる。

HPC-RはHPCより11項目少ない21項目の構成で回答時間が短縮され，測定しやすい尺度となっており簡便性がある。測定が回答者に与える影響は回答者の体験内容と体験時期により異なるが，本研究においては初回の回答時期をケア開始前とした。その理由は，早期産による繊細な傷つきやす

表6．早期産体験の癒しの多重比較（Scheffeの方法）

尺度		測定時期	平均得点（±SD）
早期産体験の癒し	辛さのとらわれからの解放	介入前	20.63（±4.70）*
		2 週間後	26.26（±4.95）*
		退院前	28.36（±4.92）
	現実の受けとめ	介入前	13.02（±4.14）*
		2 週間後	17.84（±3.98）*
		退院前	19.68（±2.68）
	自己の確かさ	介入前	13.02（±2.63）
		2 週間後	13.61（±2.49）
		退院前	14.31（±2.43）

*p<0.001

さはあっても母親として子どものためにケアできるという希望をもち対処する力が培われている時期を選択していることがある[12]。そのため，繊細な傷つきやすさを抱える早期産の母親を対象とした調査には，測定時期を考慮する等の倫理的配慮が不可欠である。

Ⅳ．結論

１．早期産体験の癒し尺度（HPC）は，確認的因子分析により3下位尺度，21項目の因子構造を示し，共分散構造分析による適合度指数は，GFI 0.838, AGFI 0.799, RMSEA 0.071, AIC 433.497であり，21項目モデルを早期産体験の癒し尺度改訂版（HPC-R）とする。

２．HPC-R下位尺度と関連概念間との関連は，<辛さのとらわれからの解放>と「抑うつ」（r=－0.29, p<0.05）に有意な負の関連，および<現実の受けとめ>と「母親の愛着」（r=0.45，p<0.01），<自己の確かさ>と「母親の愛着」（r=0.47，p<0.01）に有意な正の関連があった。

３．HPC-R下位尺度の内的整合性Cronbach's α は0.81，0.77，0.73，安定性（ρ）は0.86，0.68，0.66であった。

４．臨床への適用は，一元配置分散分析では<辛さのとらわれからの解放>と<現実の受けとめ>は有意に変化していた（p<0.001）。多重比較では，<辛さのとらわれからの解放>と<現実の受けとめ>は，介入2週間後と退院前が介入前よりも有意に高かったが（p<0.001），<自己の確かさ>はいずれの測定時期においても有意差はなかった。

謝　辞

本研究の実施に際し，ご協力いただいたお母様方と調整いただいた施設の皆様に感謝申し上げます。

引用文献

１）高橋尚人：わが国の新生児医療の進歩―多くの機器・薬剤の開発と体制整備による急速な進歩, 医学のあゆみ, 206(9); 589-592, 2003.

２）Klaus M.H., Kennell J.H., 竹内徹・柏木哲夫・横尾京子訳：クラウス　ケネル　親と子のきずな, 医学書院（東京）, 221-325, 1996.

３）Sammons W.A.H., Lewis J.M., 小林登・竹内徹監訳：未熟児その異なった出発, 医学書院（東京），48-116, 1990.

４）Rubin R.,新道幸恵・後藤桂子訳：ルヴァ・ルービン母性論, 医学書院（東京）, 45-61, 1997.

５）Affleck G., Tennen H., Rowe J. et al.: Mothersュ remembrances of newborn intensive care: a predictive study, Journal of pediatric psychology, 15(1); 67-81,1990.

６）Gennaro S., York R., Brooten D.: Anxiety and depression in mothers of low birthweight and very low birthweight infants; Birth through 5 months, Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 13; 97-109, 1990.

７）Pederson D.R., Bento S., Chance G., et al.: Maternal emotional responses to preterm birth, American Journal of Orthopsychiatry, 57; 15-21, 1987.

８）堀内勁：デベロップメンタルケアの歴史的背景,周産期医学,33(7);807-811, 2003.

９）Goldson E.,山川孔訳：未熟児をはぐくむデベロプメンタルケア，医学書院, 2005.

10）Affonso D.D., Bosque E., Wahlberg V.: Reconciliation and healing for mothers through skin-to-skin contact provided in an American tertiary level intensive care nursery, Neonatal Network, 12(3); 25-32,1993.

11）Anderson G.C.: Current knowledge about skin-to-skin (Kangaroo) care for preterm infants, Journal of Perinatology, 11(3); 216-226, 1991.

12）中島登美子：カンガルーケアを実施した母親の早期産体験の癒し，看護研究，33(4);73-84, 2000.

13）中島登美子：早期産体験の癒し尺度の開発と信頼性・妥当性の検討，福島県立医科大学看護学部紀要4; 45-54, 2002.

14）中島登美子：カンガルーケアを実施した母親の愛着と早期産体験の癒し，日本看護科学会誌，22(1);13-22, 2002.

15）Messick S.: Meaning and values in test validation: The science and ethics of assessment, Educational Researcher, 18(2); 5-11, 1989.

16）Messick S.: Validity of psychological assessment, American psychologist, 50(9); 741-749, 1995.

17）中島登美子：母親の愛着質問紙（MAQ）の

信頼性・妥当性の検討, 小児保健研究, 61(5); 656-660; 2002.
18）Radloff L.S.: The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population, Applied Psychological Measurement, 11(3); 385-401, 1977.
19）Muthen,B. Kaplan,D.: A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables, British Journal of Mathematical and Statistical Psychology, 38;171-189, 1985.
20）Nunnally J. C., Bernstein I.H.: Psychometric theory, third edition, 248-292, McGraw －Hill, 1978.
21）Herman J.L., 中井久夫訳：心的外傷と回復, みすず書房（東京）,1992.
22）Brennan B.A., 王由衣訳：癒しの光,213-239, 河出書房新社（東京）,1997.
23）Casteel J.K.: Affections and cognitions of mothers and fathers of preterm infants; Maternal-Child Nursing Journal, 19,211-220, 1990.
24）Beiser M.: Components and correlates of mental well-being, Journal of Health and Social Behavior., 15; 320-327, 1974.
25）Costa, P.T., McCrae, R.R.: Influence of extra-version and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people, J. Personal. Soc. Psychol.,38; 668-678,1980.
26）Reich, J.W., Zautra A.: Life events and personal causation: Some relationships with satisfaction and distress, Journal of Personal Social Psychology, 41; 1002-1012, 1981.
27）Mercer R.T., Ferketich S.L.: Maternal- infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy, Nursing Research,43(6); 344-351, 1994.
28）Gennaro S.: Anxiety and problem- solving ability in mothers of premature infants, Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 15; 160-164, 1986.
29）Gennaro S.: Postpartum anxiety and depression in mothers of term and preterm infants, Nursing Research, 37; 82-85, 1988.
30）Mercer R.T.: Becoming a mother, Springer, New York, 215-238,1995.
31）佐藤有耕：自愛心との関連からみた大学生の自己嫌悪感の特徴，神戸大学発達科学部研究紀要，6(1); 37-49,1998.
32）Mercer R.T.: Becoming a mother, Springer, New York, 97-214,1995.

Original Article

Construct Validity of Healing in Preterm Childbirth and a Revised Version

Tomiko NAKAJIMA[1], Yoshiko SHIMIZU[2]

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the construct validity of Healing in Preterm Childbirth (HPC) and a revised version. The subjects included 169 mothers experiencing preterm childbirth. As a result of the factor analysis three factors were obtained and consisted of 21 items which demonstrated the goodness of fit score, and these were: GFI 0.838, AGFI 0.799, RMSEA 0.071 and AIC 433.497, which was better than the 32 items of HPC. Therefore, these 21 items were used as the revised version (HPC-R). The Cronbach's coefficient alpha for three subscales were 0.81, 0.77, and 0.73, and for stability with a test-retest reliability (ρ) were 0.86, 0.68, and 0.66.

A moderately-high correlation was observed between the Maternal Attachment and the subscale of Accept reality($r=0.45, p<0.01$), between the Maternal Attachment and the subscale of Self confidence ($r=0.47, p<0.01$), and also between the Depression and subscale of Relief from distress ($r=-0.29, p<0.05$). The result obtained from the clinical study indicated significant differences in healing of preterm childbirth between before intervention versus 2 weeks after intervention and before discharge in the subscale of Relief from distress ($p<0.001$), and in Accept reality ($p<0.001$).

The results of these findings suggest that the HPC-R supports the construct validity sufficiently enough, and that the HPC-R is useful at measuring the healing in preterm childbirth.

Key words：Construct Validity, Healing, Preterm Childbirth, Mother

[1] Jichi Medical University,School of Nursing

[2] Nagano College of Nursing

原　著

カンガルーケアを実施した母親の愛着と抑うつが早期産体験の癒しに及ぼす影響

中島登美子[1)]

抄録：本研究の目的は，カンガルーケアを実施した母親の愛着と抑うつが早期産体験の癒しに及ぼす影響を明らかにすることである。対象は，早期産の母親98名である。調査時期は，カンガルーケア開始前（開始前），ケア開始約2週間後（2週間後），退院前の3時期とした。測定に用いた質問紙は，早期産体験の癒し尺度改訂版（HPC-R），母親の愛着質問紙（MAQ），抑うつ状態自己評価尺度（CES-D）を用い，変数間の関連についてAmosによる共分散構造分析を行った。その結果，早期産体験の癒しへの影響は，介入前には母親の愛着が強い影響を与えていたこと，介入2週間後には抑うつが強い負の影響を与えていたが，退院前には愛着と抑うつ共にやや弱い影響となっており，時期により変化がみられた。また，早期産体験の癒しと下位尺度との関連からは，自己の確かさが強い関連を示し，介入前から退院前にかけてより強い関連を示していた。これらから，早期産体験の癒しには子どもに対する母親の愛着を支えることが必要といえる。

キーワード：カンガルーケア，母親の愛着，抑うつ，癒し，早期産

Ⅰ．はじめに

近年，増加傾向にある低出生体重児の救命をめざし新生児集中治療室（NICU）の整備が行われてきた[1)]。予定日より少し早く世の中に誕生してきた低出生体重児は，生命の危険に加え発達障害を来すリスクの高いことが指摘されている[2) 3)]。そのため，障害なき救命に加え，早期から子どもの発達に適した環境を整え発達障害を予防する試みが行われており，これをデベロップメンタルケアという[4)]。デベロップメンタルケアには，音や光等の環境刺激からの保護，子どもの生活リズムに合ったケアパターンの調整，ストレスを緩和するポジショニングや人の手による優しい触れあい，母子関係の形成を促すカンガルーケア等があり，いずれも子どもの発達に適した環境を出生後早期からつくることを目指しているが，成果測定には長期間の追跡を必要とする。

また，家族に目を向けると，新生児集中治療室（NICU）における母子関係の形成は，新生児医療に携わる者にとって永年の課題であった[5)]。デベロップメンタルケアの中でもカンガルーケアは，母親の早期産体験の癒しをもたらし子どもとの関係を支えるケアと成り得ることが報告されている[6)]。カンガルーケアの先行研究では，早期産体験が癒されるにつれ，抑うつが低下し愛着が高くなる傾向にあるが，介入前の辛さの強い時期から愛着は高く推移している[7)]。母親の愛着は子どもとの関係性を表すが，早期産体験の癒しにどのような役割を果たしているのかは未解明である。そのため，本研究は早期産となりカンガルーケアを実施する母親の子どもに対する愛着および抑うつが，早期産体験の癒しにどのような影響を与えているのかを明らかにすることを目的とする。

これらの検討を通し，母子関係の形成に繊細な時期にある母親への関わりについて示唆を得ることができ，さらに子どもの成長発達を支えることに繋がると考える。

[1)] 自治医科大学看護学部

Ⅱ．研究方法

１．研究デザイン：介入は1グループに行い，介入前後および退院前の変化を調べるため関連探索研究デザインを用いた。

２．調査施設・対象

１）調査施設：調査施設は総合病院のNICU，カンガルーケアを導入後１年以上経過している6施設に依頼し，協力を得られた4施設で調査を行った。調査施設は，日常ケアの1つとしてカンガルーケアが定着している。調査施設では入院児の両親全員にカンガルーケアを勧めているが，ケアを実施するか否かの選択は母親の自由意思による。

２）対象：対象は，早期産で低出生体重児を出産しカンガルーケアを3回以上実施した母親98名である。母親の平均年齢は29.70歳（±4.57），出産経験は，初産57名（58.2%），経産41名（41.8%），出産様式は自然分娩35名（35.7%）に対し，帝王切開は63名（64.3%）と多かった。出生時の子どもの平均在胎週数は30週2日（±3週5日），平均出生体重は1,263g（±458）であった。介入日の子どもの平均日齢は26.44日（±20.89），平均修正週数は34週4日（±2週0日），平均体重は1,425g（±366）であった。退院日の子どもの平均日齢は76.87日（±47.12），平均修正週数は42週0日（±4週3日），平均体重は2,783g（±469）であった（表1参照）。検出力は，モデル内の変数（6）×10×1.5に基づき90以上必要とし，本研究における対象者数は検出力を備えているといえる。

３．介入：介入はカンガルーケアを設定し，その方法は母親が胸の中でオムツのみ着用した子どもと肌と肌を触れあうスキン・ツー・スキン・ケアである。ケア時間は1日約2時間。子どもに対してカンガルーケアを実施する母親へのケアは，当日受け持ちの看護師が行った。調査施設におけるカンガルーケアの主要な開始条件は，子どもが修正週数32週以上で，一般状態が安定していることである。

４．データ収集方法：測定変数は，早期産体験の癒しと愛着および抑うつを質問紙法を用いて測定した。データ収集時期は，カンガルーケア開始前約1週間～直前（介入前），カンガルーケア開始後約2週間後），子どもの退院前1週間～直前（退院前）の3回である。調査期間は2005～2006年の8か月～1年4か月，データの回収方法は，調査施設から研究者へ郵送してもらう方法をとった。

５．測定用具：早期産体験の癒し尺度改訂版（Healing of Preterm Child-birth Revised version, HPC-Rと記し，下位尺度は< >を付す）（中島,2002）[8]，母親の愛着質問紙（Maternal Attachment Questionnaire, MAQ, 中島, 2002）[9]，うつ状態自己評価尺度（The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D, 1977）[10] を用いた。

なお，尺度の表記は「 」，下位尺度は< >を用

表1．対象の属性

〈母親〉

平均年齢		29.70 歳（±4.57）
出産経験	初産	57 名（58.2%）
	経産	41 名（41.8%）
出産様式	自然分娩	35 名（35.7%）
	帝王切開	63 名（64.3%）

〈子ども〉

出生時	平均在胎週数	30w2d（±3w5d）
	平均出生体重	1,263g（±458）
カンガルーケア開始日	平均修正週数	34w4d（±2w0d）
	平均体重	1,425g（±366）
退院日	平均修正週数	42w0d（±4w3d）
	平均体重	2,783g（±469）

（n=98）

いる。

１）HPC-R[8] は，早期産体験の癒しを測定する自己報告式尺度として開発された。尺度の構成は3下位尺度，21項目，4段階Likert評定である。下位尺度の項目数と得点の範囲は，<辛さのとらわれからの解放>9項目，9～36，<現実の受けとめ>5項目，5～20，<自己の確かさ>7項目，7～28，得点が高いほど癒されていることを表す。

２）MAQ[9] は，子どもに対する母親の愛着を測定する自己報告式尺度として開発された。尺度の構成は8項目, 4段階Likert評定, 得点の範囲は8～32, 得点が高いほど愛着があることを表す。

３）CES-D[10] は，Locke,et al.により開発された抑うつ状態を測定する自己評価尺度である。尺度構成は，20項目，4段階Likert評定，得点の範囲は20～80，得点が高いほど抑うつが高いことを示す。

６．倫理的配慮：対象への研究依頼は，病棟看護師が文書を用いて行い，同意の得られた方を対象とした。主な倫理的配慮は，研究の任意性，カンガルーケアへの実施承諾と研究への承諾は異なるものであること，研究へ不参加する場合もカンガルーケアへの影響はないこと，研究参加を表明した後でも参加を辞退したい場合は，いつでも可能であること，プライバシーの保護等である。本研究は，静岡県立大学研究倫理審査委員会の承認を得ている。

７．分析方法：早期産体験の癒しと愛着および抑うつとの関連は，Amosによる共分散構造分析を行った。共分散構造分析とは，直接観測できない潜在変数を導入することで，変数間の因果関係を検討する方法である[11]。モデル内の変数は，観測変数を四角に，直接観測できない潜在変数を楕円で囲み，因果関係の方向を矢印で示した。適合度はGFI（Goodness of Fit Index）で示し，GFIの値が1に近いほど説明力があり，因果関係は潜在変数の決定係数で示される。総計ソフトはSPSS,ver.18.0, Amos ver.18.0を用いた。

Ⅲ．結果

１．記述統計

早期産体験の癒しの平均得点は，<自己の確かさ>が高く<辛さのとらわれからの解放>と<現実の受けとめ>は低い傾向を示し（表2参照），先行研究[7] と類似していた。

4施設の母親と子どもの属性は一元配置分散分析を用いて検定し，施設間に有意差はないことを確認し，4施設のデータを統合したデータとして取り扱った。

２．早期産体験の癒しと母親の愛着および抑うつとの関連

共分散構造分析を行うため，「早期産体験の癒し」を潜在変数とし，下位尺度<辛さのとらわれからの解放><現実の受けとめ><自己の確かさ>と「母親の愛着」「抑うつ」を観測変数に設定した。これら6変数について共分散構造分析を用いて変数間の関連を検討した結果，介入前，介入2週間後，退院前の適合度はGFI; 0.92, 0.92, 0.93と良好な適合度を示しており（図1,2,3参照），説明力のあるモデルといえる。

１）介入前

介入前の辛さのとらわれが強い時期の尺度間の関連は，「早期産体験の癒し」と<自己の確かさ>にやや強い関連があるが（r=0.64），<辛さのとらわれからの解放>と<現実の受けとめ>はやや弱い関連にとどまっていた（r=0.30,r=0.46）（図1参照）。

決定係数からみると，「早期産体験の癒し」に最も強い影響を与えていたのは「母親の愛着」で

表2．カンガルーケア前後の平均値

尺度名		介入前	2週間後	退院前
早期産体験の癒し	辛さのとらわれからの解放	20.51（4.99）	24.57（5.17）	27.80（4.47）
	現実の受けとめ	11.97（2.92）	14.53（2.86）	15.75（2.75）
	自己の確かさ	23.03（3.49）	24.09（3.10）	25.13（2.57）
愛着		30.35（2.95）	31.23（1.92）	31.54（1.83）
抑うつ		12.42（9.12）	8.63（8.15）	6.00（5.69）

（n=98）

あり（決定係数0.72），「抑うつ」は負のやや弱い影響があった（決定係数-0.37）（図1参照）。

２）2週間後

介入2週間後の尺度間の関連は，「早期産体験の癒し」と<自己の確かさ>に強い関連（r=0.87）があり，<現実の受けとめ>はやや強く（r=0.55），<辛さのとらわれからの解放>はやや弱い関連があった（r=0.30）（図2参照）。

決定係数からみると，「早期産体験の癒し」に強い負の影響を与えていたのは，「抑うつ」であった（決定係数-0.52）（図2参照）。

３）退院前

退院前の尺度間の関連は，「早期産体験の癒し」と<自己の確かさ>に強い関連があったことと（r=0.90），<現実の受けとめ>はやや強い関連があったが（r=0.63），<辛さのとらわれからの解放>は弱い関連にとどまった（r=0.27）（図3参照）。

決定係数からみると，「早期産体験の癒し」に影響を与えていたのは，「母親の愛着」（決定係数0.37）および「抑うつ」（決定係数-0.35）であり，いずれもやや弱い影響であった（図3参照）。

Ⅳ．考察

早期産体験の癒しモデルは，カンガルーケア介入前から退院前の3時期において適合度が良好であった。「早期産体験の癒し」と下位尺度との関連は，3時期共に<自己の確かさ>が強い関連を示し，<辛さのとらわれからの解放>は弱い関連を示していた。決定係数から見ると，介入前の「早期産体験の癒し」に最も影響を与えていたのは「母親の愛着」であったが，介入2週間後には「抑うつ」が強い負の影響を与えており，これら2変数は退院前には弱い影響を与えるのみとなっていた。これらは，早期産体験の癒しには母親の愛着と抑うつが与える影響が大きいことを示しており，以下に検討する。

１．早期産体験の癒しと母親の愛着との関連

介入前には，「母親の愛着」は「早期産体験の癒し」に強い影響を与えており，愛着の高い人ほど早期産体験の癒しが得られることを示している。このことは，早期産後の辛さにとらわれることが強い時期に，子どもに対する愛着が強い影響を与えるということを示すが，その背景について検討する。

愛着は特定の他者との間に築かれる情愛をいい[12]，親は子どもに導かれて母親となる自己を形づくる[13]。母親の愛着は，子どもとの情愛に満ちた関係性の中で培われ，母親となる自己を肯定的に認めることにつながる。

しかし，早期産では想い描いていた子どもに対する愛着は喪失体験として感じられ，辛さにとらわれる。辛さにとらわれると，この子どもの母親としての自己を認められず，自分に対する評価を低くし，自己嫌悪に苛まれる[14] [15]。一方で，現実に存在している子どもは脆さを伴いながらも必死

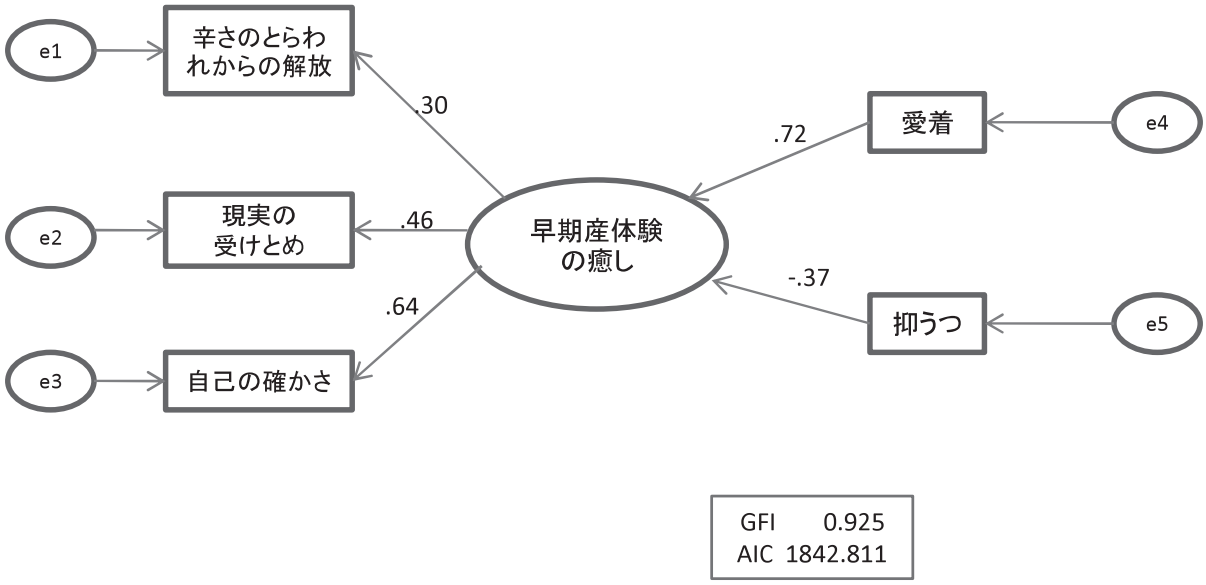

図1．早期産体験の癒しと愛着および抑うつとの関連（介入前）

に生きていることを理解する。

母親が想い描いていた子どもに対する愛着を喪い，新たに現実に存在している子どもに愛着を持ち始めることは，子どもの頑張っている姿に思いを寄せ，この子どもの母親となる自己が形づくられることを意味する。これらは，子どもに対する愛着に導かれて母親となることからも支持されるが，辛さの強い時期に特に重要な意味をもつと言える。

加えて，母親は子どもに向き合おうとする力をケア前に既に持ち得ているということを示唆する。

2．早期産体験の癒しと抑うつとの関連

介入2週間後には，「抑うつ」は「早期産体験の癒し」にやや強い負の影響を与えており，抑うつの低い人ほど早期産体験の癒しが得られることを示している。

これまで，早期産による強い情緒反応は，永く引き続くことが課題となっていたが[14]，カンガルーケアの導入後，母親の情緒反応は和らぐことが[6]本研究結果からも言える。すなわち，カンガルーケア後には母子関係が良好になることが指標になるというよりも，抑うつが低くなることが背景に

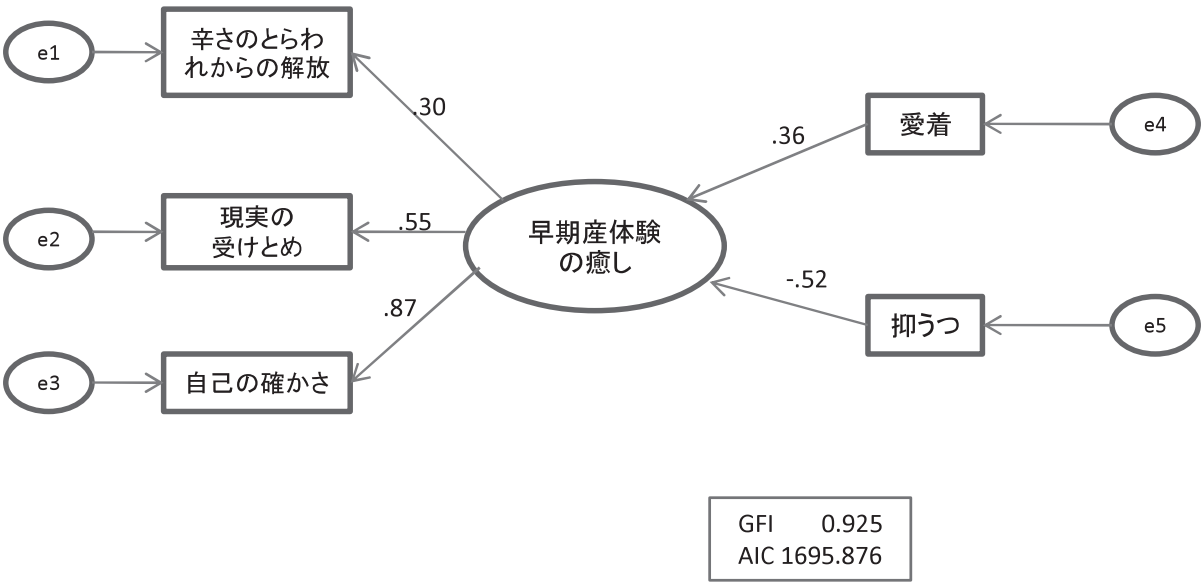

図2. 早期産体験の癒しと愛着および抑うつとの関連（2週間後）

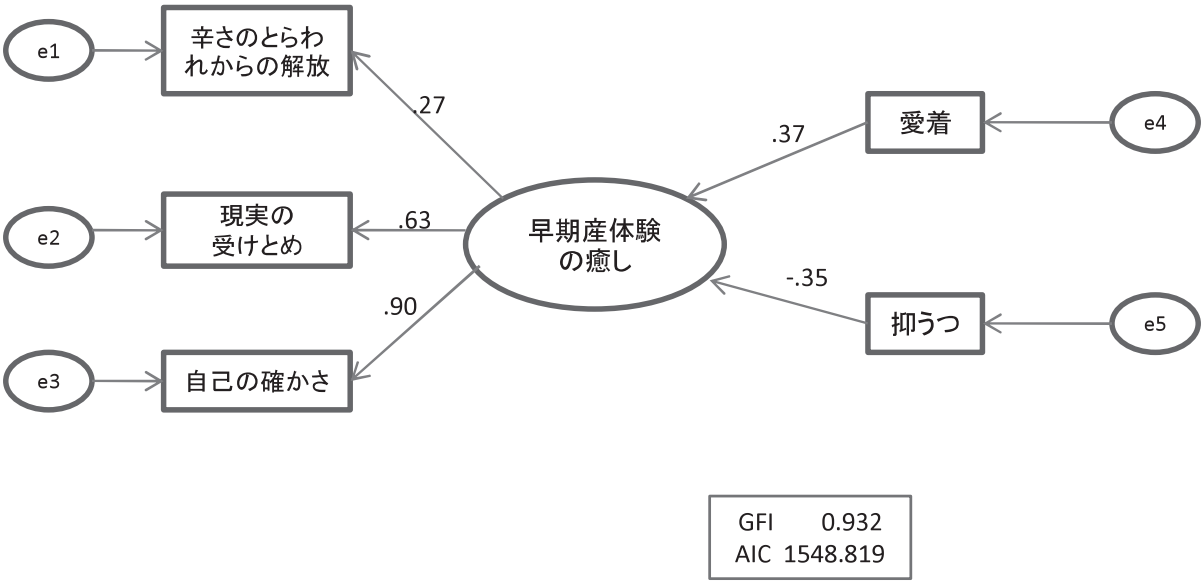

図3. 早期産体験の癒しと愛着および抑うつとの関連（退院前）

あり癒しに繋がるといえる。

母親が辛さにとらわれる背景には，早期産では自分を肯定的に認める気持ちが薄れ内省する機会が多くなること，内省は自分を見つめる視線を深め，自分の中にある嫌な部分に焦点を当て抑うつ傾向になることがある[15]。

その背景には，この子どもの母親としての自己とこの子どもから目を背けたい自己がいて，同一人物の中で異なる自己に葛藤し辛さにとらわれる[6]。自らの葛藤の克服は，脆さを伴う子どもに向き合うことを通してしか得られない。カンガルーケアにより肌を通して子どもの生きる力を感じ取ることで，母親は急速に癒される。辛さのとらわれから解放されることは，母親となる自己を受け入れて自分自身を認めることに加え，身近な他者によっても支えられ，子どもとの関係を築きながら母親となるあり方を形づくるため[13]，抑うつとは負の関連を示すといえる。

３．早期産体験の癒しと下位尺度との関連

「早期産体験の癒し」と下位尺度<自己の確かさ>との関連は，介入前にはやや強い関連を示し，介入2週間後には更に高くなりながら，退院前にはとても強い関連となった。早期産体験の癒しが得られると自己の確かさも高くなることを示すが，癒しには母親としての自己の確かさが強く関連することを表す。

現象としては，早期産の母親は辛さを構成する情緒反応が強く表れ，癒されると辛さは低減する[6]。一方，母親となる自己の確かさがより強い関連をもつということは，早期産によって母親が持った辛さは親となる確かさにどのように影響を与えているのかを，今後，検討する必要がある。

４．実践への示唆

本研究結果は，早期産体験の癒しにはカンガルーケアの実施前には子どもに対する母親の愛着が強く影響し，介入2週間後には抑うつと負のやや強い影響があった。これらは，母親はケアを実施する前に子どもとの関係を見直す試みを行っていることを示唆するため，医療者やご家族の日々の関わりが母親を支えていることが背景にあると考えられる。加えて，初回におけるケアは母親が繊細で傷つきやすいことを理解したうえで，ケアを実施することが必要と考える。

Ⅴ．結論

カンガルーケアを実施した母親の愛着と抑うつが早期産体験の癒しに及ぼす影響について，Amosを用いて共分散構造分析を行った結果，以下のことが明らかになった。

１．「早期産体験の癒し」に最も強い影響を与えていたのは「母親の愛着」，介入2週間後の「早期産体験の癒し」に強い負の影響を与えていたのは「抑うつ」であった。

２．「早期産体験の癒し」と下位尺度<自己の確かさ>にはやや関連があり，退院前までにさらに強い関連を示したが，<辛さのとらわれからの解放>と<現実との対峙>は弱い関連にとどまった。

３．3時期における適合度指数はGFI 0.92～0.93を示し，説明率の高いモデルといえる。

謝　辞

本調査は，ご協力いただいた看護師，看護師長，看護部長の皆様，ご家族の皆様に支えられてできあがったものです。ここに深く感謝申し上げます。

引用文献

１）高橋尚人：わが国の新生児医療の進歩―多くの機器・薬剤の開発と体制整備による急速な進歩, 医学のあゆみ, 206(9); 589-592, 2003.

２）中村肇，上谷良行，小田良彦ら：超低出生体重児の3歳時予後に関する全国調査成績，日本小児科学会雑誌，99(7); 1266-1274,1995.

３）中村肇，上谷良行，芳本誠司ら：超低出生体重児の6歳時予後に関する全国調査成績，日本小児科学会雑誌，103(10); 998-1006,1999.

４）Goldson,E, 山川孔訳：未熟児をはぐくむデベロップメンタルケア，医学書院，2005.

５）橋本洋子：NICUとこころのケア，メディカ出版，2000.

６）中島登美子：カンガルーケアを実施した母親の早期産体験の癒し，看護研究，33(4); 73-84, 2000.

７）中島登美子：カンガルーケアを実施した母親の愛着と早期産体験の癒し，日本看護科学会誌，22(1); 13-22, 2002.

８）中島登美子：早期産体験の癒し尺度改訂版の構成概念妥当性の検討，自治医大看護学ジャーナル，8;75-83,2011.

９）中島登美子：母親の愛着質問紙（MAQ）の

信頼性・妥当性の検討, 小児保健研究, 61(5); 656-660; 2002.
10）Radloff L.S.: The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population, Applied Psychological Measurement, 11(3); 385-401, 1977.
11）狩野裕・三浦麻子：Amos Eqs Calisによるグラフィカル多変量解析—目で見る共分散構造分析—，現代数学社，2003.
12）Holmes,J., 黒田実郎，黒田聖一：ボウルビィとアタッチメント理論，岩崎学術出版社，79-131,1993.
13）Rubin R.,新道幸恵・後藤桂子訳：ルヴァ・ルービン母性論, 医学書院(東京), 45-61, 1997.
14）Affleck,G. Tennen,H.,et al.(1990): Mothers' Remembrances of Newborn Intensive Care: a Predictive Study, Journal of Pediatric Psychology, 15(1), 67-81.
15）佐藤有耕：自己嫌悪感とそれに関連する要因の変化でみた青年期から成人期への発達過程, 筑波大学心理学研究，23;139-152,2001.

Original Article

The influence that the attachment and depression of the mother who carried out kangaroo care have on the healing of the preterm childbirth experience

Tomiko NAKAJIMA[1)]

Abstract

The purpose of this study is to clarify the influence that attachment and depression of the mother who carried out Kangaroo Care give to healing of the preterm childbirth experience. The subjects were 98 mothers of preterm childbirth. The survey was made, before kangaroo care, two weeks after Kangaroo Care, and before discharge.

A questionnaire was used to measure the revised scale of the healing experience preterm childbirth (HPC-R), maternal attachment questionnaire (MAQ),depression scale (CED), using the relationship between the variables of the covariance structure analysis of Amos. As a result, the impact on the healing experience of preterm childbirth, prior to the intervention that had a strong impact on the maternal attachment, two weeks after the intervention had a strong negative impact on depression, prior to discharge has become a rather weak effect on both attachment and depression, there is variation depending on time. The subscales in relation to the healing experience of the preterm childbirth indicate a strong association of self-confidence, and showed a strong association between prior to the intervention before discharge. From these, it may be said that a healing experience of preterm childbirth is necessary to support the attachment of mothers to children.

Key words：Kangaroo Care, Maternal Attachment, Depression, Healing, Preterm Childbirth

[1)] Jichi Medical University,School of Nursing

報　告

根治治療終了後に再び化学療法を受ける乳がん患者の療養態度の個別分析

飯塚由美子

ATTITUDE OF A BREAST CANCER PATIENT WHO ARE GIVEN CHEMOTHERAPIES AGAIN AFTER RADICAL TREATMENTS

Yumiko Iizuka

抄録：本研究は乳がん患者が根治治療終了後に再び化学療法を受ける療養態度を明らかにすることを目的とした。研究対象者はA病院に通院している根治治療終了後に再び化学療法を受ける乳がん患者１名を分析対象とし，質的方法を用いて分析をした。結果，【お客さんとの出会いに心をこめる】，【仕事は支えになるときと重荷になる両方の気持ちがある】，【充実した生活があれば再発は考えなくていい】，【がん体験によって，気づくことができて良かったこともある】，【大切なことは今，意識しない日常を送ることだ】，【インターン時代の苦労が今を支える】，【気負わずがんを受け止める】，【先が分かっていれば受け入れなければならない】の8つの療養態度が抽出された。

キーワード：再発乳がん，化学療法，療養態度
Key words： recurrent breast cancer, chemotherapy, attitude

はじめに

Ⅰ．研究の背景

我が国における乳がん罹患率はライフスタイルの変化に伴い増加傾向にあり，過去30年間で5～6倍となっている[1]。全身療法や手術の進歩から乳がん5年生存率は70％以上と他固形がんと比較して高く[2] 再発後も外来で治療継続をしながら社会生活を送る患者も少なくない。

厚生労働省「がん社会学」に関する合同研究報告書[3] によると，がん体験者の悩み，負担の1位は「がんの再発・転移の不安，将来への漠然とした不安などのこころの問題」であり，がんの再発が現実となった時の心理的な負担は大きいといえる。乳がん患者にとっては，再発後の治療目的は根治から延命へ変更される状況に置かれることになり，生活の質を維持することが重要となる。しかし，乳がんの再発とは，手術時には発見できなかった微小転移がすでに肺・肝・骨などの遠隔の臓器・組織に存在し時間が経つにしたがって大きくなり，臨床的に診断されるようになった病態のことであり[4]，呼吸機能の低下や疼痛によって，生活が困難な状況をもたらす可能性がある。さらに再発後の治療として化学療法を受けることになった場合には，副作用の出現する可能性が高く，それまでの生活の変化を余儀なくされることになる。しかし臨床場面において，再発の告知や病状の進行に

獨協医科大学病院
Dokkyo Medical University Hospital

よる身体機能の低下が起ころうとも，また一度は落ち込んだ気持ちを持ちながらも，自分を見失うことがなく辛い治療にも挑み続けることがされ，乳がん患者が再発体験という過酷な状況でもなぜ力強く生きることができるのか，どのように自分自身の生き方を変化させていくことができるのかと疑問に思った。

先行研究では，すでにがん体験は自己成長や変容をもたらす価値ある体験にもなりうることが明らかにされている[5) 6) 7)]。このことから乳がん患者の再発体験の過程は，過酷な中で今までの生活の営みを変化せざるを得ない状況がもたらされていると考える。そのような状況に身を置く中で，自己の内面の変化として，生きる力強さの意味を見出す心的状態が生じるのではないかと推測したが先行研究においてその心的状態に焦点をあて，詳細に記述している研究はなされてない。

生活の営みとは，本来人間が持つ人間としての営みを指すものであり，人間が生きる状況に対して，自ら主体的に働きかけていく過程であると考える。文化人類学の視点から祖父江[8)]は，パースナリティ（personality）は実生活の刻々の要求に応じてダイナミックに調整させ得ることと述べている。このことから乳がん患者は生活の営みの中で再発体験により，自らに働きかけて変化をしていこうとする過程があると予測される。また青木は[9)]文化は人々の言動や生活を方向づけ，あたりまえの生活をあたりまえならしめる規約・生活様式・意味の総体として，人間の営みすべてを含んでいるものであると述べている。このことから青木（1993）の述べている人間の営みを総体的（ホリスティック）にみる視点は，乳がん患者が再発体験を通して，総体的に獲得する内面の変化としての心的状態の視点と一致すると考える。

再発体験における心的状態とは療養態度の一つとして現れるものと考えられる。一般に態度とは情況に対応して自己の感情や意志を外形に表したものであり，表情・身ぶり・言葉つきなどとともに事物に対する固定的な心のかまえ・考え方・行動傾向をも指す[10)]。文化人類学の視点から祖父江[8)]は，狭義の態度を対象が種々に与えられた場にそれぞれに対応する心的状態として捉えている。これは対象の置かれた状況が極めて変化することによりその心的状態も変化すると考えられる。これらから本研究における乳がん患者の療養態度とは，人間が持つ本質のあたりまえの生活を営むために，再び化学療法を受ける再発体験という学習を通して，自己の内面を変化させる心的状態であると考える。これは人間が本来あるべき姿として描くあたりまえの生活を営むために再発体験を通して獲得する心的状態が，あたりまえにならしめた生活を営んでいこうとする人間の生活の営みを総括的に表すと考える。再発乳がん患者の個別の生活体験の世界として療養態度を探求することは，自己成長を遂げる強さを明らかにすることになり，今後の看護支援の糸口となるのではないかと考えた。

Ⅱ．研究目的

乳がん患者が根治治療終了後に再び化学療法を受ける療養態度を明らかにする。

Ⅲ．研究の意義

乳がん患者の再発体験は，病名告知を受けたときの衝撃とは違った過酷な状況であることが予測される。根治治療終了後に再び化学療法を受ける乳がん患者の療養態度を明らかにすることは，再発乳がん患者への独自の看護介入の方向性を探る一助になると考える。また辛い再発体験の中でも力強く治療に取り組む療養態度を明らかにすることは，患者が本来持っている力を引き出す看護支援の重要な視点の一つとなる。

Ⅳ．用語の定義

本研究では，「再び化学療法を受けること」と「療養態度」について，以下のように定義をした。

再び化学療法を受けること：手術と手術前後の化学療法や放射線療法などの補助療法を含む根治治療の終了した乳がん患者が，その後再発して延命の目的で2回以上の化学療法を受けること。

療養態度：乳がん患者が再び化学療法を受ける再発体験を学習によって得られる心的状態。心的状態とは，感情・意志，価値・信念，心構えなどの自己の内面とする。

研究方法

Ⅰ．研究デザイン

本研究は質的帰納的デザインを用いた。質的研究の目的は参加者の経験と生活世界の説明，理解にある[11)]。本研究で面接から得られるデータは，研究対象者の感情・意志，価値・信念，心構えな

どの自己の内面の心的状態で，これは研究対象者が体験したことそのものを解釈することになることから質的な方法をとった。

Ⅱ．研究対象者の選定

研究対象者はA病院に通院中の乳がん患者に表１に示した基準を満たし，研究協力の同意が得られた者とした。

Ⅲ．データ収集方法

A病院の施設責任者に研究の趣旨を研究協力依頼書，研究計画説明書および研究許可書を用いて説明し，研究の協力を依頼した。研究依頼の許可が申請された後，研究協力者が選定した研究候補者に研究の趣旨を説明し，研究の協力の同意が得られた者を研究対象者とした。面接および電子カルテの閲覧については，以下の方法で行った。

１．面接の方法

面接ガイドをもとに半構造化面接を行った。研究候補者からICレコーダーでの録音について同意が得られた場合に，面接内容をICレコーダーで録音した。

面接中の患者の表情・動作・声の調子の変化を観察し，フィールドノーツに記載した。観察の視点は対象者の会話の内容，表情，視線やボディランゲージ，声のトーンや調子の変化，会話の相手への反応などとした。

同意が得られた研究対象者に1回の面接をした。日時と場所については，研究対象者の希望に合わせて調整をした。

プライバシーを守る配慮として，面接は施設内の面談できる場所（外来の面談室など）を使用した。面接の出入りを含む施設内の個室の使用に関して当該診療科看護管理者に依頼し，許可を得た。

表1．研究対象者の選定基準

選定基準
１．20歳以上で面接が可能な者
２．根治治療終了後に再発し，化学療法を外来通院で受けている者
３．身体の症状が日常生活を送る上で支障がない程度にコントロールされている者
４．再発の告知から２ヶ月以上が経過し心理的に安定している者
５．療養態度を語ることの了解が得られている者

２．面接の内容

本研究では再び化学療法を受ける乳がん患者の療養態度を，乳がん患者が再び化学療法を受ける再発体験を学習によって得られる心的状態とし，心的状態とは，感情・意志，価値・信念，心構えなどの自己の内面とした。そのため，面接ガイドの項目を以下のようにした。

１）再び化学療法を受ける療養態度に関する質問

⑴　再び化学療法を受けることになった時の気持ち，自分らしさを再獲得する過程での生活への対処，周囲の人とのかかわり方，生活上の価値観，治療への期待

⑵　再び化学療法を受ける生活への対処や，治療への期待，周囲の人とのかかわり方，生活上の価値観，自分らしさを再獲得するための気持ちの持ち方や心構えに影響したと考えられる要因

２）患者背景に関する質問

年代，職業

３．電子カルテの閲覧

電子カルテからは，乳がんと診断を受けてから現在までのがん治療の内容（術式・化学療法の薬剤の種類と治療中の副作用，ホルモン療法の薬剤の種類・放射線療法の治療部位）と治療時期について情報を収集した。

Ⅳ．データ分析方法

データの分析法として質的統合法（KJ法）[12) 13)]に基づいた方法論を使用し，研究対象者の分析を行った。

面接でICレコーダーに録音したものを逐語録にした。また面接中の研究対象者の表情やしぐさ，声のトーンなど，文章を補足する情報はフィールドノーツに記載した。これらを素データとし，単位化，カード化，ラベル化の手順をふみ，データの元素材となる1次ラベルを作成した。データの単位化は，研究対象者の思いが消えない範囲で，研究者の問題意識（乳がん患者が根治治療終了後に再び化学療法を受ける療養態度を明らかにする）の角度から，文章を最小単位になるように分節化した。1次ラベルから，3つのステップをふみ，

データの統合化を行った。ステップ1（ラベル拡げ）として1次ラベルを拡げ，読みやすいように卓上に並べた。ステップ2（ラベル集め）として，データの主張する内容の「類似性」に着目してラベルを集め，似た内容のラベルごとに，それぞれグループ化した。ステップ3（表札づくり）として類似グループごとに集めたラベルの全体感から，そのグループの内容を表すような一文を考え，それを「表札」として記述し，これを2次ラベルとした。「表札」は文頭に02～n列の通し番号で管理した。最終グループ編成のステップとして2次ラベル以降，ステップ1～3を同様にふみ，3次ラベル，4ラベル，5次ラベルまでグループ編成を繰り返してデータを集約した。

Ⅴ．倫理的配慮

本研究は自治医科大学大学院看護学研究科倫理審査を受けて承認され，研究対象の方への以下の十分な倫理的配慮のもとで実施した。

研究対象者には研究者が研究の目的と内容，研究の参加への自由意思の保障と参加を拒否しても不利益を被らないことを説明し，文書で同意を得た。研究に関わる個人情報については，面接時のプライバシーを守る配慮として，病院内の個室を準備できるようにし，研究で得られた情報やデータは個人が特定できないように，研究対象者にID番号を付けて情報を管理した。面接データの逐語録と，コード化したデータは別ファイルで保管をし，研究データに関する電子媒体，ファイル類等の保管場所は，大学院の研究室内の鍵のかかる場所とした。

Ⅵ．真実性と妥当性の確保

本研究では，質的統合法（KJ法）に基づいて分析を行い，質的統合法（KJ法）はデータの信用可能性，明解性，ならびに確認可能性を保証した。また研究の妥当性を他者が判断できるように研究過程の足跡を文脈やフィールドノーツ，方法論，分析の記録として詳細な記述をした。

研究結果

Ⅰ．研究対象者の概要

研究対象者は，A病院に外来通院している根治治療終了後に再び化学療法を受ける乳がん患者で，面接を実施した1名を分析対象とした。データ収集の場所は，A病院の外来治療センター内で，個室を使用して面接及び電子カルテの閲覧を行った。研究対象者の概要は表2に示す。

1．研究対象者の再発後の治療経過と健康状態

再発期の治療として，経口化学療法（フルオロウラシル系薬剤）が開始されるが，治療の4ヶ月後に肺転移を認め，点滴化学療法（タキサン系抗悪性腫瘍薬）を3週間に1度のペースで受けるように変更した。面接時は，脱毛や倦怠感の症状はあるが治療を継続できる健康状態にあった。

Ⅱ．分析の結果

最終ラベルを【　】，下位ラベルを〈　〉で示した。また直接の語りをラベル化した1次ラベルを『　』とし，必要な部分においては（　）で意味を補って示した。下位ラベルとは，最終ラベルを説明するために，最終ラベルの下位に位置づけられたラベルを指す。

1．研究対象者の療養態度

逐語録の1次ラベルは173個であった。ラベルの分析をした結果，20個の下位ラベルが抽出され，最終ラベルは【お客さんとの出会いに心をこめる】，【仕事は支えになるときと重荷になる両方の気持ちがある】，【充実した生活があれば再発は考えなくていい】，【がん体験によって，気づくことができて良かったこともある】，【大切なことは今，意識しない日常を送ることだ】，【インターン時代の苦労が今を支える】，【気負わずがんを受け止める】，【先が分かっていれば受け入れなければならない】の8個が抽出された（表3）。

【お客さんとの出会いに心をこめる】は，〈プロとして責任をもった接客をする〉，〈仕事は常に勉強で終わりということがない〉，〈来てくれたお客さんとの出会いや笑顔を見ることが楽しみだ〉，〈子供には店を継いでほしかったが，好きな仕事をすることが一番いいと思う〉という4個の下位ラベルが含まれていた。研究対象者は『（仕事は）しょうがないとか生活のためとか必ずしも，この仕事が大好きでやっている人は少ない。そういう意味では，（好きな仕事ができることは）いいこと』と語り，仕事をしていく上での感情が療養態度に表れていた。

【仕事は支えになるときと重荷になる両方の気持ちがある】は下位ラベル〈仕事は支えになるときと重荷になる両方の気持ちがある〉の単独ラベ

表2. 研究対象者の概要

		研究対象者
基本属性	性別・年齢	女性・50代後半
	家族構成	夫と息子と同居 娘と別居
	職業	自営業（美容師）
初期診断時の情報	初期診断時の stage	右乳がん（Ⅱ期）
	術式	乳房温存術
	初期診断から再発までの期間	１年２ヶ月
再発期以降の情報	再発時の診断名	１）右リンパ節転移
		２）肺転移
	再発後から面接までの期間	５ヶ月
	現在の治療	化学療法：点滴

表3. 最終ラベル及び下位ラベル

最終ラベル	下位ラベル
【お客さんとの出会いに心をこめる】	〈プロとして責任をもった接客をする〉 〈仕事は常に勉強で終わりということがない〉 〈来てくれたお客さんとの出会いや笑顔を見ることが楽しみだ〉 〈子供には店を継いでほしかったが，好きな仕事をすることが一番いいと思う〉
【仕事は支えになるときと重荷になる両方の気持ちがある】	〈仕事は支えになるときと重荷になる両方の気持ちがある〉
【充実した生活があれば再発は考えなくていい】	〈治療と仕事の折り合いをつける〉 〈充実した生活の中で再発していることは改めて考えない〉 〈再発後も何も変わらない生活を続けている〉
【がん体験によって，気づくことができて良かったこともある】	〈自分をとり囲む環境や時間の大切さに敏感になる〉 〈家族に気づかい，気づかわれる〉
【大切なことは今，意識しない日常を送ることだ】	〈副作用に対処した生活をする〉 〈変わりない日常を送ることに価値を置く〉
【インターン時代の苦労が今を支える】	〈今まで仕事を続けてきたのは，インターンの時の経験が支えになっている〉 〈親に高い学費を払ってもらい学校に行ったので，インターンのころは泣き言を言ったことがなかった〉
【気負わずがんを受け止める】	〈前向きに考えるしかないと割り切る〉 〈時々，生存期間に対する不安がよぎる〉 〈再発を現実のものとして覚悟を決める〉 〈時の経過が気持ちを立て直す〉
【先が分かっていれば受け入れなければならない】	〈治療の経過を見据え，ペースをつかむ〉 〈乳がんと診断を受けるまで一人で葛藤した〉 〈提案された医師の治療を受ける〉

ルであり，研究対象者は『仕事はあるからいい』と仕事があることで生活が充実するという意志を持ちながらも，『重荷』とも感じる感情を持って療養する態度であった。

【充実した生活があれば再発は考えなくていい】は，〈治療と仕事の折り合いをつける〉，〈充実した生活の中で再発していることは改めて考えない〉，〈再発後も何も変わらない生活を続けている〉という3個の下位ラベルが含まれていた。研究対象者は『（毎日の変わりない日常を送っているが）今の現状だと，反対に言えば，不安と恐怖はあります』と死への不安に揺れ動く気持ちを認めながらも『結局は生活が充実していれば考えない』という感情に気づく療養態度であった。

【がん体験によって，気づくことができて良かったこともある】は，〈自分をとり囲む環境や時間の大切さに敏感になる〉，〈家族に気づかい，気づかわれる〉という2個の下位ラベルが含まれていた。研究対象者は『（乳がんになって）人間関係とかそういうのも，ああこの人は自分にとって遠い人だとか，この人は親身になっているから近いとか，大体距離がわかる（ようになった）』と語り，他者との距離や生きる時間といった自分の置かれる環境に敏感になる感情を持った態度で療養していた。また『見守る（家族の）ほうも（乳がんの私とともに）大変だと思う』と家族への気づかいを語り，また『子供にもね，まあお母さんはお客さん相手にしてやってて偉いと思う』と仕事を継続しながら治療を受けていることを子供が認めてくれることを語り，家族がお互いに気づかう感情で療養していた。

【大切なことは今，意識しない日常を送ることだ】は，〈副作用に対処した生活をする〉，〈変わりない日常を送ることに価値を置く〉という2個の下位ラベルが含まれていた。研究対象者は『（生活の中で大切にしていることは）あんまり意識しないで，変わりない日常の生活（を送ること）』を語り，再発後の生活を『別に変わったことはないんですよね。今生きていること変わりはないですので，別に病気だからとか，どこかで意識はしているんでしょうけれど，自分では気づかないからかもしれないんですけど・・・』と特別に変わったことのない生活を続けていることに価値を置く態度で療養していた。

【インターン時代の苦労が今を支える】は，〈今まで仕事を続けてきたのは，インターンの時の経験が支えになっている〉，〈親に高い学費を払ってもらい学校に行ったので，インターンのころは泣き言を言ったことがなかった〉という2個の下位ラベルを含んでいた。研究対象者は『（何が何でも美容師になるという思いで試験に受かった経験の）支えがあったので今までずっと続いてきたのかもしれない』と語り，若かったころの苦労を振り返り，今を支えていることを価値づける態度で療養していた。

【気負わずがんを受け止める】は，〈前向きに考えるしかないと割り切る〉，〈時々，生存期間に対する不安がよぎる〉，〈再発を現実のものとして覚悟を決める〉，〈時の経過が気持ちを立て直す〉という4個の下位ラベルを含んでいた。研究対象者は「ようやく受け入れることができたのは，何かきっかけがあったのですか」の質問に対して，『きっかけは，やっぱり時の流れです』と語り，時間とともにがんを受け止める心構えをもっている態度で療養していた。

【先が分かっていれば受け入れなければならない】は，〈治療の経過を見据え，ペースをつかむ〉，〈乳がんと診断を受けるまで一人で葛藤した〉，〈提案された医師の治療を受ける〉という3個の下位ラベルを含んでいた。研究対象者は，『（毎日の変わりない日常を送っているが）今の現状だと，反対に言えば，不安と恐怖はあります』と死への不安に揺れ動く気持ちを認めながらも，『（不安や恐怖などの）マイナスのことはなるべく（日頃は）考えないようにしてます』『（治療の経過が）分かっていれば，もうしょうがないですよね。受け止めなきゃいけないから。（気持ちの変化は）そこらへんの違いかもね。しょうがないと』と覚悟する態度で療養していた。

考　察

考察の構成として表4に示す通り個別分析の療養態度として感情・意志，価値・信念，心構えの3つの視点から捉える。

以上のことから，乳がん再発後の研究対象者の療養態度を１）感情・意志に関する精神活動の過程，２）再発によって新たに見出された価値・信念，３）死が近くに存在する覚悟や心の準備状態（心構え）の3つの視点を包括する心的態度であると捉えた。

個別分析の結果から，研究対象者の療養態度を１）感情・意志に関する精神活動の過程，２）再発によって新たに見出された価値・信念，３）死が近くに存在する覚悟や心の準備状態（心構え）の視点から考察する。本研究の直接の語りの部分については『　』として示す。

Ⅰ．研究対象者の療養態度について

１．感情・意志に関する精神活動の過程

研究対象者は常に【お客さんとの出会いに心をこめる】ことに誇りを持ちながらも，実際は【仕事は支えになるときと重荷になる両方の気持ちがある】中で【充実した生活があれば再発は考えなくていい】という意志を持っていた。また研究対象者はがん体験によって，限りある命であること，がん患者としてのレッテルをはられてしまったことを敏感に感じ取り，【がん体験によって，気づくことができて良かったこともある】との感情を抱いていた。研究対象者は，自分の生活を充実させるためには何が必要か，何が大切かを自分自身に問い続ける過程があり，今の生活を受け入れることができるようになったと考える。佐々木19)は，外来治療を受ける再発及び転移性乳がん患者を対象にした研究で，他者の力を借りることやありのままの自分を受け入れる過程には，さまざまな葛藤や苦悩があり，「普通の生活」，「のんきに暮らす」ことが生活の営みで大事にしていることを明らかにしていた。本研究においても，日常の喪失を繰り返し感じている結果となっており，これは佐々木[19]の結果と一致すると考える。

これらのことから，研究対象者の感情・意志の精神活動は，仕事や家族を通して再発を考えずに生活を営むまでの気持ちの変化の過程であり，そこには仕事や家族を通して，自分の存在している位置を確認していく療養態度であると考える。

２．再発体験によって新たに見出された価値・信念

研究対象者は今の価値として【大切なことは今，意識しない日常を送ることだ】と語った。研究対象者は毎日の仕事をこなす生活で，未来の予約は不確かだけれども『でも毎日のことは心配ない』とできている日々の成果を感じ取っていったが，この気持ちは今を生きていることに価値を置くことで生活に充実感をもたらすように変化をしていったと考える。

また【インターン時代の苦労が今を支える】ことを実感し，今の自分があることの信念になって

表4．乳がん患者の療養態度の視点

療養態度の分類	説明
感情・意志	感情とは，喜怒哀楽や好悪など，物事に感じて起こる気持ちであり[14]，意志とは物事を成し遂げようとする積極的な心の状態である[15]。これらは，精神の働きを知・情・意に分けたときの情的過程[16]であり，精神活動の過程を示す。本研究では感情と意志を研究対象者の気持ちを表している内容から抽出した，精神活動の体験の過程と捉えた。
価値・信念	価値とは，「よい」といわれる性質であり[17]，信念とは，ある教理や思想などをかたく信じて動かない心[18]である。本研究では研究対象者が，生活で大切にしている誇れることや心のよりどころとなる考えの内容から抽出した，変わらず持ち続けている，あるいは再発体験によって新たに見出したものと捉えた。
心構え	心構えとは心にかけて待ち受けることや心の準備，覚悟である[19]。本研究では研究対象者が，死が近くに存在することを意識せざるを得ない再発体験のもとで，死や病状の悪化に対する覚悟やあきらめの気持ちの内容から抽出した，その心の準備状態と捉えた。

いる。研究対象者は美容師としての仕事を再発した後も変わらず続ける理由について，若い頃にどんなに辛くとも『もう何があってもそれまでは（美容師の）免許をとってなんなきゃ』という気持ちのもとで勉強をしていたことを語り，その気持ちが今でも『支え』になり，『(この経験があったので) 今までずっと続けてきたのかもしれない』と肯定的に意味づけ，その苦労をした経験に価値を置いていた。苦労した経験を思い返すことは，再発という過酷な状況でも，自分は生活ができるという思いを奮い立たせることになっていると考える。矢ケ崎，小松[7] の再発乳がん患者を対象にした研究では，安定した自己へ統合していく体験を「現実を受け入れて現在を生きていく」,「他者とのつながりを通して，自分らしく生きていく」と捉え，今を生きることに価値を置くことが示唆されていた。本研究においても研究対象者は，今を一生懸命生きていることで自分の価値を高めることができていた。この体験は未来への不安があろうとも自己の存在価値がゆるぎないものとなる気持ちを支えていると考える。

これらのことから研究対象者の価値・信念とは，今を生きることができている事実と，意識せずに通り過ぎる日常を実感することに支えられていること，また今まで生きてきた人生の中での苦労を乗り越えた経験に価値を置くことを再発体験を通して改めて気づいた療養態度であるといえる。

３．死が近くに存在する覚悟や心の準備状態（心構え）

研究対象者は【気負わずがんを受け止める】心構えをもっていた。また研究対象者は【先が分かっていれば受け入れなければならない】と進行する病状に対して先を見据える覚悟を持っていた。大堀，佐藤[20] の再発乳がん患者を対象とした研究では「普通の生活」を送り続けることに価値を置き，自分らしく生きる支えとして「すべてを知っている」,「自分のことは自分で決める」,「ストレスは貯めない」,「役割を持っている」,「気づかわれている」,「医師との信頼関係が築かれている」という6つのカテゴリーが見出されていた。本研究の研究対象者の『先が分かっていれば』という覚悟は大堀，佐藤[20] の示す，「すべてを知っている」ことが大切である結果に一致する。このすべてを知り，さらにそれを自分で引き受けることができる状況が，死への恐怖や不安を持ちながらも生活をする覚悟になると考える。

このようなことから研究対象者の死が近くに存在する覚悟や心の準備状態（心構え）は，日々の生活に病状が進行する事実を突きつけられたり，そのことで死を意識する感情が沸き起こっても，その事実に抗うことなく生活を営む中で起こる自然なものであると感じるように，体得できたことで見出した療養態度であるといえる。

４．根治治療終了後に再び化学療法を受ける乳がん患者の療養態度の特徴

再発期にある乳がん患者は，死への恐怖や自己の存在意義を揺るがすような役割の喪失や変化によって生活の基盤が変化せざるを得ない再発体験をする。その際，自己の存在を絶えず揺らがされる不安定な感情・意志の精神活動の学習の過程をふみ，その結果として過去から現在に至る自分の中に意味を見出し，未来への責任を持つ自己成長を遂げる過程がある療養態度の特徴が明らかになった。研究対象者の療養態度は，乳がんの再発という不安定な状況を引き受けることで，価値・信念を新たに見出す力に変え，今の生活を営む原動力となっている。

研究対象者の感情・意志の精神活動は，特徴としてがん患者としての接し方を受けることや病状の進行を告知される状況などの日々の再発体験から死を意識せざるを得ない感情・意志を持っていたことであった。これらの感情・意志の精神活動の過程は自己の存在を絶えず揺らがされる再発体験であり，今までにあたりまえに感じていた生活があたりまえではなくなる感覚をもたらされる不安定な揺らぎの学習の過程がある療養態度といえる。この精神活動の過程で，再発体験を通して沸き起こる自分の感情や意志の意味を自問自答する学習を繰り返すことになり，その結果自己の内面的な強さや社会的な役割を果たすことの意味に気づき，新たに価値・信念を見出していた。この研究対象者の行う自問自答は，自分自身に問いかけることだけではなく，実際の生活の営みの中で役割を担いながら他者からの期待や反応を確認し，答えをみつけようとするものであった。このことから，生活の基盤が揺るがされるような再発体験の中で新たな価値・信念を見出すためには，日々の生活の営みや他者との相互関係を通して自分の

感情・意志を振り返ることが重要であると考える。この価値・信念は，不安定な状況を引き受けることで，今生活をしている事実に目をむけ感謝や充実感を感じたり，過去に歩んだ人生がいいものであったと肯定的に受けとめることがされ，これらは自分の中に意味を見出している特徴があった。すなわち価値・信念とは，過去の自分に誇りを持ち，今を生きている事実がすべてであることが意識化された療養態度であると考える。このことから乳がん患者は再発体験を経て，過去から現在に至る自分の中に意味を見出し，新たな価値・信念を見出しているといえる。さらには，これらの精神活動の過程で見出された価値・信念とともに，過去に向かっても責任を持っていこうとする覚悟が心構えとして示されていた。この心構えは，死や病状の進行は，どんなに努力をしても，自分ではどうにもならない事実であることを認め，そこに無駄なエネルギーを費やすことなく『仕方がない』と諦める覚悟を持っていることが特徴であった。すなわち心構えとは，死や病状の進行に対して覚悟を決め，不確かな未来への責任を持つ心の準備状態を示す療養態度であるといえる。これらの感情・意志の精神活動，価値・信念，心構えの3つから，つまり療養態度は過去を振り返るなかで現在の生きる価値を見出すことをし，一方では過去の体験を通して不確かな未来にも責任を果たそうとする時間性があると考える。さらに乳がんの再発という再発体験は，あたりまえの生活を実感せざるを得ない状況に置かれながらも，どうにか変化させた今の価値・信念を見出し，死への恐怖をも引き受ける覚悟を持つことにより，今の生活をあたりまえにする学習の過程をとっている。これは，青木[9]の述べる人間が文化を獲得していく中であたりまえの生活をあたりまえにならしめることであり，研究対象者のあたりまえの生活を体得していった過程は，人間が本来もつ力であると考える。またそのあたりまえにならしめる過程においては，水野[21]の述べるがん体験者が特別なものに感じていた生活が日々の積み重ねの中で再び普通の生活になっていくとする結果と一致している。これらのことから，再発期にある乳がん患者は，人間の本来持つ力として，生活の基盤が揺らぐ再発体験の中でも，あたりまえにならしめる精神活動の過程をたどり，成長を遂げることができると考える。

Ⅱ．乳がん患者の看護への示唆

本研究では，個別分析を行った結果，乳がん患者は再発体験を通して学習し獲得されたその人なりの価値・信念に支えられて生活を営んでいることが明らかになった。看護支援としては，人間にはあたりまえの生活をあたりまえならしめる力が存在することを信じ，今どのような価値・信念に支えられているのかを知ることが重要であると考え，本研究の結果から導いた具体的な看護支援を4つ述べる。

1つ目として，再発体験をしている乳がん患者が置かれている状況を見極め，過去を振り返る中で内面の深い感情・意志に自ら気づき，現在に生きる価値を置くことができるような支援が必要である。

2つ目として，日々の生活の営みの中で，他者との相互作用を通して自らの感情・意志を振り返ることができるように，重要他者も含めた支援をする必要がある。

3つ目として，過酷な再発体験の中で揺れ動く感情・意志に寄り添いながら，長期にわたる治療と社会的役割を果たしていくことに折り合いをつけた生活を見出していけるような支援が必要である。

4つ目として，新たに見出された価値・信念や心構えを持った生活を営む中で，自分が成長していることを肯定的に意味づけることができるような支援が必要である。

辛い感情をもたらした再発体験を通して，どのような感情・意志の変化があったかを看護師との語りの中で振り返ることは，他者の目を通して自己価値を高めることにつながる。これは過去の体験を肯定的に受け止め，自分の持つ本来の強さや人生で大切にしてきたできごとなどの価値・信念に気づくことにつながると考える。さらに，辛い感情をも自分で引き受ける未来に対する覚悟を持つことにもつながり，未来への心の準備を整えていくことができると考える。

Ⅲ．本研究の限界と今後の課題

本研究は，ある限られた施設環境での一症例の個別分析の結果という限界はある。しかし，今回の結果からは根治治療終了後に再び化学療法を受ける乳がん患者の療養態度として，日々の揺れ動く複雑な感情・意志の過程があることや，自ら生

活をあたりまえにならしめようとする患者自身の強さがあることが明らかにされた。このことから患者自身の力を引き出すような看護支援が必要であり，今回の研究結果は，具体的な支援の方向性を見出すことにつながるのではないかと考えている。しかし，本研究の調査期間には限りがあり，長期にわたる再発体験をした乳がん患者の療養態度を十分に分析できたとはいえない。今後は，長期にわたる再発体験をしている乳がん患者の療養態度を引き続き追跡していき，分析を深める必要がある。

おわりに

本研究は，根治治療終了後に再び化学療法を受ける乳がん患者の療養態度を明らかにすることが目的であり，1名の研究対象者の分析をした結果，以下の療養態度が明らかとなった。

研究対象者は【お客さんとの出会いに心をこめる】，【仕事は支えになるときと重荷になる両方の気持ちがある】，【充実した生活があれば再発は考えなくていい】，【がん体験によって，気づくことができて良かったこともある】，【大切なことは今，意識しない日常を送ることだ】，【インターン時代の苦労が今を支える】，【気負わずがんを受け止める】，【先が分かっていれば受け入れなければならない】の8つの療養態度が抽出された。

文　献

Ⅰ．引用文献

1）佐伯俊昭，大崎昭彦（2006）．乳がん：日本臨床腫瘍学会編集，新臨床腫瘍学　がん薬物療法専門医のために（pp388—396）．南江堂.

2）がん対策情報センター．home page：http://ganjoho.ncc.go.jp/public/index.html Helene, S.（2009）.

3）山口健編集（2004）．がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査概要版～がんと向き合った7885人の声～．がん助成金がんの社会学に関する合同研究班報告書．厚生労働省がん助成金がんの社会学に関する合同研究班.

4）木村盛彦（2003）．乳癌：澤田俊夫編集，JNNスペシャル　ナースのためのオンコロジー　これだけは知っておきたいがんの知識（pp186—197）．医学書院.

5）今泉郷子，遠藤恵美子（1999）．入退院を繰り返しながら化学療法を受ける胃がん患者の遭遇する問題を乗り越える体験としてのプロセス．日本がん看護学会誌，13（1），53－64.

6）猪又克子（2004）．外来でがんと診断されて間もない時期にいる乳がん患者への看護介入ならびに本看護介入を促進する医療的環境．日本看護科学会誌，24（1），30－36.

7）矢ケ崎香，小松浩子（2007）．外来で治療を続ける再発乳がん患者が安定した自分へ統合していく体験．日本がん看護学会誌，21（1），57－65.

8）祖父江孝雄（1967）．パースナリティの構造：蒲生正男，大林太良，村武精一編集，文化人類学（pp71）．角川書店.

9）青木恵理子（1993）．文化と人間：波平恵美子編集，系統看護学講座基礎分野　文化人類学（pp4－7）．医学書院.

10）新村出編集（2008）．態度：広辞苑　第六版（pp1690）．岩波書店.

11）ホロウェイ，ウィラー著，野口美和子監訳（2008）．ナースのための質的研究入門研究方法から論文作成まで　第2版．医学書院.

12）山浦晴男（2008a）．科学的な質的研究のための質的統合法（KJ法）と考察法の理論と技術．看護研究，41（1），11－32.

13）山浦晴男（2008b）．北京大学看護学院教員・院生の研修体験感想から浮かび上がる質的統合法（KJ法）の姿　民族による受け止め方の違いと質的研究法としての有効性の解明．看護研究，41（1），33－48.

14）新村出編集（2008）．意志：広辞苑　第六版（pp144）．岩波書店.

15）新村出編集（2008）．価値：広辞苑　第六版（pp547）．岩波書店.

16）新村出編集（2008）．感情：広辞苑　第六版（pp633）．岩波書店.

17）新村出編集（2008）．心構え：広辞苑　第六版（pp1001）．岩波書店.

18）新村出編集（2008）．信念：広辞苑　第六版（pp1462）．岩波書店.

19）佐々木笑（2008）．初期治療終了後，外来で治療を受けている乳がん患者の思い．日本赤十字看護大学紀要，22，28－38.

20）大堀洋子，佐藤紀子（2003）．乳がん再発患者の生活の質（QOL）に関する研究—積極的

に生活を整えている3名によって語られた内容から―（研究報告）．日本がん看護学会誌，17（1），35－41.
21）水野道代（1997）．地域社会で生活するがん患者にとっての健康の意味とその構造．日本看護科学会誌，17（1），48－57.

報　告

血糖調節機能障害をもつ成人の体験型学習による演習プログラムでの学生の学びと教育方法の検討

内海香子・中村美鈴

Student's Learning from Nursing Training Program that Simulated Experiences of Adults with Blood Glucose Regulatory Dysfunction, and Examination of Educational Method

Kyoko Uchiumi, Misuzu Nakamura

抄録：目的：血糖調節機能障害をもつ成人の看護の演習プログラムでの学生の学びを明らかにし，演習プログラムにおける教育方法を検討することである。
方法：研究に承諾の得られたA大学看護学部2年次学生の個人体験メモ，グループメモの記載内容を質的帰納的に分析した。
結果：学生の学びとして，“患者として生活して大変だったこと，困ったこと”では，【自己管理ができない自分への憤りや意欲の減退】など11のカテゴリーが抽出された。長期に渡り，自己管理が必要な血糖調節機能障害をもつ成人と家族へ必要だと考えた看護では，【患者と目標を共有し，自己実現できるように血糖管理のための自己管理の知識や技術を指導する】など8つのカテゴリーが抽出された。
考察：“患者として生活して大変だったこと，困ったこと”のカテゴリーは，外来に通院する2型糖尿病患者の困難と類似していた。また，“長期に渡り，自己管理が必要な血糖調節機能障害をもつ成人と家族へ必要だと考えた看護”のカテゴリーは，糖尿病患者のセルフケアの5つの課題に対応する看護であった。これらの学生の学びから，連続した3日間，複数の療養法の患者体験を行うことで，多くの学びが得られることが示唆された。今後の演習プログラムにおける指導の工夫として，グループ討議，全体討議で教員が，患者体験だけでは学生が想像できない患者の苦悩を理解できるように支援すること，患者体験に限界がある環境で生活する学生に対する学びを補足することが必要と考察された。さらに，学生が，患者のリアリティをより理解できるようにために，講義内容，事前準備へのアドバイスの工夫，ロールプレイなどの演習方法の工夫が必要であることが考察された。

キーワード：体験型学習　血糖調節機能障害　演習プログラム

自治医科大学看護学部成人看護学
Adult Nursing , School of Nursing , Jichi Medical University

Ⅰ．はじめに

慢性疾患をもつ患者と家族は，長期に渡りセルフケアを行うことが必要である。成人期は，社会的役割を中心的に担う発達段階にある。慢性疾患をもつ成人患者は，病気である自己と折り合いをつけながら，家庭や社会で生活をすることが必要である。そのため，セルフケアに伴う患者と家族の困難は大きいことが推測される。

看護学教育の在り方に関する検討会[1]より，卒業時到達目標とした看護実践能力の構成として，“慢性的疾病を持つ人への療養生活支援”が掲げられている。この卒業時到達目標は，“生活習慣病等，慢性に経過する疾病の病態と日常生活維持との関係を理解する。病状ならびに治療の変化に対応したセルフケアへの学習を支える。個人の生活行動・就業等労働生活・家族生活の現状および当事者の問題意識，自己管理能力を判断して支援の必要性をとらえる。”ことで，これらの内容が，看護職者の助言の下に自立してできることが求められている。

看護系大学学生（以後，学生と略す）は，講義，演習，実習を通して，慢性疾患をもつ患者と家族を理解し，必要な看護を考えることを学習する。学生は,実習に先立ち，学内での講義や演習により学習するが，人生や日常生活での経験が少なく，自分が経験していない他者の体験を理解することは容易ではない。そのため，学生が，実習前の講義や演習だけで，長期に渡り慢性疾患をもつ患者と家族の日常生活をイメージすることは難しいと考えた。

近年，看護学の教育方法として，患者のリアリティを理解するために，患者体験を取り入れた体験学習による教育方法が行われている。

成人看護学領域で，慢性疾患をもつ患者・家族を理解するための体験学習には，糖尿病患者を教材としたものが多く，食事療法を行う糖尿病患者についての学生の学び[2)3)4)]，自己血糖測定演習における学生の学び[5)6)7)]，インスリン注射の指導などにロールプレイを取り入れた演習[7)8)9)]について報告され，意義ある学びが得られている。

ストラウスら[10)]は，在宅で，慢性疾患を抱える患者と家族は，数々の問題を自分達で解決しながら生活しなくてはならないと述べている。

しかし，これまでの演習方法は，血糖自己測定[5)6)7)]，インスリン自己注射[7)]などの1つ[5)6)]または2つ[7)]の療養法に関する患者体験,または，1日または2日の食事療法[2)3)4)]を体験し，レポートや討論で学びを深める演習であった。

そのため，患者体験が学生の生活に与える影響が限られ，ストラウス[10)]が述べているような数々の問題，すわわち，食事療法，運動療法，薬物療法など多くの療養行動を同時に管理しながら生活することで生じる糖尿病患者の心情や困難，また家族への影響について十分に理解することが難しいと考えられた。そこで，複数の療養法を組み合わせた患者体験を行うことで，長期に渡り自己管理が必要な血糖調節機能障害をもつ成人と家族の生活やその困難をリアリティをもって理解しやすいと考えた。

さらに慢性的な経過をたどる血糖調節機能障害をもつ成人を理解するには，慢性性を理解することが必要である。佐藤ら[2)]は，学士課程学生を対象とした食事療法の体験学習では，「糖尿病食や患者への共感的な気持ちの理解のためには，一日のみよりは，2日間は体験させたほうがよい」と述べている。このことから，患者体験の期間として，これまでの演習で報告されていた学内での演習時間のみの患者体験[5)6)7)]や，１-2日間の患者体験[2)3)4)]では，慢性性を理解するには，不十分であり，2日間よりも長い期間，患者体験を行う方が，血糖調節機能障害をもつ成人の慢性性を理解しやすいと考えた。

そして学生自身の体験を通して，成人や家族の生活やその困難を理解することで，学生が患者の視点から，学生が血糖調節機能障害をもつ成人と家族に必要な看護を考えることができると考えた。

以上のことから，筆者らは，授業科目“成人臨床看護学Ⅱ”の単元の一つである“内部環境調節機能障害をもつ成人の看護”のうち，“血糖調節機能障害をもつ成人の看護”の時間に，患者体験を取り入れた演習プログラムを企画した。

短期間の患者体験は，エイズ拠点病院医療従事者海外実地研修にてHIV/AIDS患者の服薬アドヒアランスの難しさの理解や，糖尿病認定看護師の研修[11)]において，糖尿病患者の困難を理解するために行われており，効果的な印象が持たれている。

しかし，学生を対象として，短期間，複数の療養を行う患者体験による演習プログラムの学びを明らかにした研究や報告はなく，本演習プログラムによる学生の学びを明らかにすることは意義あ

ることと考えた。また，学生の学びを踏まえ，演習目的である“血糖調節機能障害をもつ成人の困難への理解を深め，看護を考える”ことをよりよく行うために，演習プログラムにおける指導の工夫について検討することが必要と考えた。

よって，本研究の目的は，血糖調節機能障害をもつ成人の看護の演習プログラムでの学生の学びを明らかにし，演習プログラムにおける教育方法を検討することである。

なお，用語の定義として，本研究では吉野[12]の定義を参考に，患者体験を“自らの心身を活用し患者として意識しながら過ごすこと”とする。また，“演習プログラム”とは，講義から翌週の講義の冒頭における本演習のまとめまでの一連の流れのこととし，“演習”とは，グループ討議，全体討議を行った1コマの時間とする。

Ⅱ．本演習プログラムの概要

本演習プログラムは，2年後期，成人臨床看護学Ⅱ（2単位30コマ）の中の一単元，内部環境調節機能障害をもつ成人の看護（４コマ）うち1コマ（90分）を使用して行われた。まず，血糖調節機能障害をもつ成人の看護の講義を1コマ（90分）行った。講義内容は，血糖調節機能障害とは，血糖調節機能障害による症状（短期，長期に渡る高血糖症状，低血糖症状），血糖調節機能障害を把握する検査，血糖調節機能障害をもつ成人の治療（食事療法，運動療法，薬物療法）であった。講義の最後に10分程度，事前準備の説明を行った。説明内容は，「次回の演習のため，患者体験が必要である。そのため，自分を本日，2型糖尿病と診断され，血糖コントロールのため，インスリン療法が必要な患者と仮定し，次回の演習までの連続した3日間を療養指示に基づき生活してもらいたい」という内容である。療養指示は，食事療法については，自分の標準体重に30キロカロリーを乗じるか，または，1日1600キロカロリーのどちらかを選択する，運動療法については特に制限はなく，出来るだけ行う，薬物療法については，超速攻型と中間型が3対7の混合製剤を朝8単位，夕4単位注射するとした。インスリン注射器はペン型（ディスポーザブルタイプ）を使用すると想定し，食事の直前に注射を行うこと，注射部位は毎回，3センチずつずらすことを説明した。インスリンの代用品として，市販の清涼剤を用い，1粒2単位と想定した。

また，学生の自由意思の尊重と，診断後も療養行動を行わない患者もいることから，より患者のリアリティを理解するために，患者の立場で療養に取り組まないと判断した場合には，事前準備の療養の指示を行わなくてもよいことを説明した。事前準備を連続した3日間とした理由は，学生への負担が過度にならず，かつ，療養を意識しながら生活する体験が3日間あることで，糖尿病であるという意識や療養が学生の日常生活に何からかの影響を与える機会があり，学生が，長期に渡り，自己管理が必要な生活を体験しやすいと考えたためである。

事前準備での体験を，“個人の体験メモ”として，A4用紙1枚に記載してもらった。記載内容は，療養への取り組みの有無とその理由，体験期間，日常生活の調整（他者との調整も含む），患者として生活して大変だったこと，困ったこととその理由，患者として生活して感じた肯定的な気持ちとその内容（ある場合），家族へ影響を与えたこと，家族から影響を受けたことである。

1週間後の演習で，4～6人で1グループとなり，グループワークを行った。グループワークでは，個人の体験メモをもとに，自己の体験を発表し，グループで共有した後，課題A“患者として生活して大変だったこと，困ったこととその理由”と，課題B“長期に渡り，自己管理が必要な血糖調節機能障害をもつ成人と家族へ必要だと考えた看護とその理由”をテーマにグループ討議を50分行った。教員のグループ討議中の役割は，グループ討議が活発になり，考えを深めることができるように発問をする，学生のイメージがつきにくいことを説明するなど，課題Bが深く考えられるように支援することであった。グループ討議後，課題A，課題Bについて，それぞれ2グループずつ発表してもらい，他のグループからの意見を求め，全体討論を行った。最後に教員が，課題A，課題Bに関して，学生がよく考えられている点や，重要と思われることを説明し，長期に渡り自己管理が必要な血糖調節機能障害をもつ成人の困難と，成人と家族への看護の簡単なまとめを行った。

また，療養に取り組まなかった学生の理由も紹介し，療養に取り組まない患者の理解とアプローチについて学生に考えるように促した。演習の最後に，課題A，課題Bについて，グループ討議の

内容を各グループでA4用紙1枚に自由に記載してもらい，グループメモとして提出してもらった。更に，教員が，課題A。課題Bのグループメモの記述を，質的帰納的にまとめ，翌週の講義の冒頭で，その内容を学生に提示し，学生がよく考えられている点や，長期に渡り自己管理が必要な血糖調節機能障害をもつ成人と家族への看護として重要な点を伝え，最終的なまとめとした（図1）。

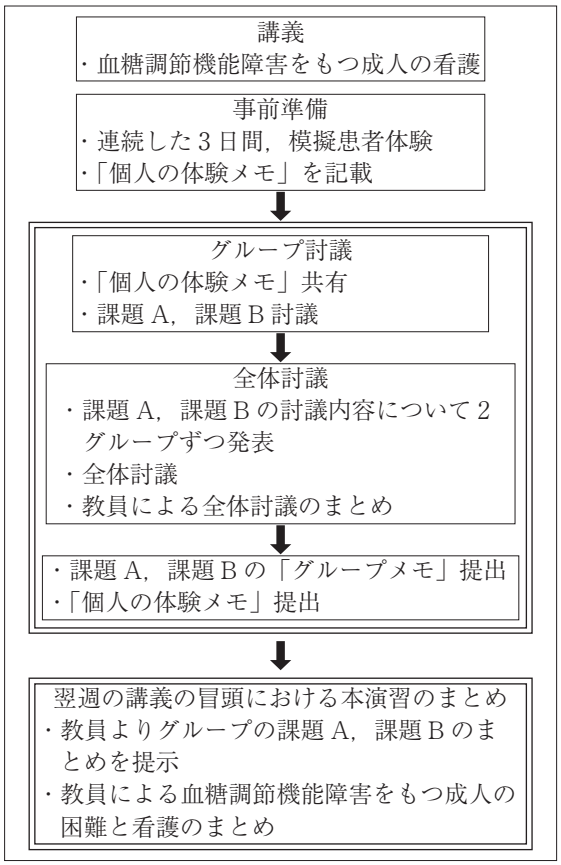

図1　本演習プログラムの流れ

Ⅲ．研究方法

１．分析対象

本研究への協力に承諾が得られたA大学看護学部2年次学生の 本演習プログラムでの“グループメモ”である。

２．データ収集方法

本演習プログラムでの学生の学びを明らかにするために，演習終了後に“グループメモ”を回収し，本研究に無関係な者が，学籍番号と名前を削除した後，研究協力への承諾の得られたグループのコピーのみを研究者に届けた。

３．データ収集内容

“グループメモ”の課題Aから，患者として生活して大変だったこと，困ったこと，“グループメモ”の課題Bから，長期に渡り，自己管理が必要な血糖調節機能障害をもつ成人と家族へ必要だと考えた看護に関する内容を収集した。

４．分析方法

1）“グループメモ”の課題Aの記載から，“患者として生活して大変だったこと，困ったこと”，課題Bの記載から，“長期に渡り，自己管理が必要な血糖調節機能障害をもつ成人と家族へ必要だと考えた看護”についての記述を抽出し，一文一意味の文章とし，一次コードとする。

2）患者として生活して大変だったこと，困ったこと，長期に渡り，自己管理が必要な血糖調節機能障害をもつ成人と家族へ必要だと考えた看護について，それぞれの1次コードを意味の類似性に従い，2次コードとする。

3）2次コードを意味の類似性に従い，サブカテゴリーとする。

4）サブカテゴリーを意味の類似性に従い，カテゴリーとする。

なお，カテゴリー化において，研究者間で，合意が得られるまで繰り返し検討し，信用可能性の確保に努めた。

５．倫理的配慮

本演習プログラムの事前準備を説明する際とグループ討議が開始される前に，本研究の趣旨，研究への協力は個人の意思であり，協力の有無は成績に無関係であることを約束し，研究への協力に同意することに関して印をつけていないものは同意しないとして扱うこと，研究協力の有無に関して個人が特定されないように，本研究と無関係な者が，学籍番号，名前を削除し，研究協力に同意の得られた“グループメモ”のコピーのみ研究者に届けるようにすることを文書と口頭で説明した。また，“グループメモ”の研究への使用の承諾については，グループで話し合い決定するように説明した。

“グループメモ”の回収は演習直後に行った。その際に，教室の前席の机に回収箱を用意し，研究者は回収箱に近づかず，圧力がかからないように最大限に配慮した。回収箱に入った“グループ

メモ”をそのまま本研究に無関係な者に渡し，研究承諾に同意の得られた“グループメモ”を分別してもらい，学籍番号，学生氏名を削除し，コピーしてから，研究者に届けてもらった。

Ⅲ．研究結果

１．分析対象

本研究への承諾が得られた学生の“グループメモ”は20グループ分（(回収率86.9%）であった。

２．本演習プログラムでの学生の学び

１）患者として生活して大変だったこと，困ったこと

“グループメモ”の記述から，患者として生活して大変だったこと，困ったこととについて，175の１次コード，63の2次コード，27のサブカテゴリー，11のカテゴリーが抽出された（表1)。

以下，カテゴリーを【　】，サブカテゴリーを＜　＞，2次コードを『　』で記す。

【自己管理が正しくできているか不安】は，自分の行っている食事療法や自己管理が正しいか自信がなく，不安であることで，＜正しく自己管理が行えているか不安＞というサブカテゴリーで構成された。

【自己管理ができない自分への憤りや意欲の減退】は，思うように自己管理ができない場合に意欲の減退や，自分に対して憤りを感じることで，＜自己管理がうまくいかないことで意欲の減退がおこる＞など2つのサブカテゴリーで構成された。

【一人で自己管理を継続することが困難】は，家族の協力が得られず，一人で自己管理を行い，継続することに困難を感じることで，＜一人で自己管理を行うことが難しい＞など3つのサブカテゴリーで構成された。

【糖尿病である自分を実感できず，重大性を感じないこと】は，突然，糖尿病と診断されたため，自分が糖尿病であることを実感できず，かつ，病気のもつ重大性を感じないことであり，＜病気に対する実感や，重大性が感じられない＞というサブカテゴリーで構成された。

【規則正しい生活に変更し，継続することが困難】は，指示通りにインスリン注射を行うため，これまでの生活より早く起きることや，朝食を食べるなど，療養を実施するために余儀なく規則正しい生活に変更しなくてはならないことや，運動を日常生活に取り入れるために時間調整を行うことで，これまでの生活習慣を変更したことが大変であることで，＜自己管理のために規則正しい生活に変更し，継続することが困難＞というサブカテゴリーで構成された。

【治療に縛られることによるストレス】はインスリン注射を忘れないために時間を気にすることや，療養による拘束感があることで，＜治療に縛れるためストレスを感じる＞など5つのサブカテゴリーで構成された。

【日常生活で適切な運動療法を行うことが困難】は，日常生活に運動療法を取り入れようとするが時間を作ることや疲労のため運動の実施が難しく，また運動を行おうと思っても，適切な運動量の目安がわからないことで，＜日常生活の中で運動療法を行うことが難しい＞など2つのサブカテゴリーで構成された。

【状況に応じたインスリン注射の適切なうち方がわからないこと】は，通常の注射方法や，シックディなど通常とは異なる状況の際にインスリンを注射すべきか否かがわからないことで，＜体調の悪い時，注射を忘れた時，食事をしない時，間食の時に，インスリン注射をどのようにするとよいかがわからない＞など2つのサブカテゴリーで構成された。

【知識不足やストレスから指示された通りに食事療法を行うことが困難】は，食品のカロリーがわからないことや食事療法のための基礎知識の不足や指示されたカロリーや栄養バランスを考えた食事をすること，食欲を抑えることが難しくストレスに感じることで，＜食事量の制限や栄養バランスを考えることによるストレス＞など5つのサブカテゴリーで構成された。

【食前のインスリン注射により食欲の低下がおこる】は，学生がインスリンを食事前に注射することで食欲が低下すると想像した内容であり，＜食前にインスリン注射することにより食欲の低下がおこる＞というサブカテゴリーで構成された。

【周囲への気兼ねや疎外感から人づきあいをストレスと感じること】は，食事の際に周囲が自由に食べたい物を食べていることでのストレスや，反対に家族が糖尿病である自分を気遣い自分に合わせた食事を作ってくれることや，他者から勧められた食べ物を断わることで他者への気兼ねが生

じ人付き合いが難しいと感じることや，インスリンの際に他者の目が気になることで，＜食事のことで周囲への気兼ねを感じる＞など4つのサブカテゴリーで構成された。

表1．患者として生活して、大変だったこと、困ったこと

カテゴリー	サブカテゴリー	２次コード
自己管理が正しくできているか不安	正しく自己管理が行えているか不安	・正しく食事療法ができているか不安 ・正しく自己管理が行えているか，不安だが相談できない，くじけそう
自己管理ができない自分への憤りや意欲の減退	自己管理がうまくいかないことで意欲の減退がおこる	・血糖コントロールがうまくできないと意欲が減退
	自己管理ができない自分に憤りを感じる	・できない自分に憤りを感じる
一人で自己管理を継続することが困難	一人で自己管理を行うことが難しい	・一人で食事管理や，薬物管理をするのが困難 ・声をかけてくれる家族がいないため，インスリンを忘れそうになる ・１人だと運動する気が起きず，継続できない
	家族からの協力が得られにくい	・家族に面倒臭がられる
	自己管理を継続することが大変	・自己管理を継続することが大変
糖尿病である自分を実感できず，重大性を感じないこと	病気に対する実感や，重大性が感じらない	・病気に対する実感や，重大性が感じられず，忘れやすい
規則正しい生活に変更し，継続することが困難	自己管理のために規則正しい生活に変更し，継続することが困難	・インスリン注射のために規則正しい食生活を心がけなくてはならない ・朝に，インスリン投与や食事の時間を確保することが難しい ・インスリン注射のために規則正しい生活を心がけなくてはならない ・自己管理のために規則的な生活をしなくてはならないことが困難 ・運動をするための生活リズムの変更が大変 ・生活リズムが変更されることが面倒 ・今までと違う生活が強いられたので，慣れるまで大変
治療に縛られることによるストレス	治療に縛られるためストレスを感じる	・治療に縛られるためストレスを感じる
	インスリン注射を忘れそうになる	・自覚症状があまりないため，インスリンを忘れそうになる ・習慣がないため，注射をうつことを忘れる，忘れそうになる
	インスリン注射の時間を意識していなくてはならず，束縛される	・インスリン注射の時間が束縛される ・決められた時間にインスリンを注射することが難しい ・インスリン注射を忘れないように，常に意識していなければならない
	インスリン注射のわずらわしさによるストレス	・外出時にインスリンを持たなくてはならないことが煩わしい ・インスリンが面倒 ・薬（注射）が嫌 ・インスリンがストレス
	インスリン注射の痛みがストレス＊	・注射の痛みがストレスで負担＊
日常生活で適切な運動療法を行うことが困難	日常生活の中で運動療法を行うことが難しい	・日常生活の中で運動療法を行うことが大変 ・運動をする時間を作るのが難しい ・疲れや寒さなどで運動したくなくなる
	運動の目安が分からない	・運動の目安が分からない
状況に応じたインスリン注射の適切なうち方がわからないこと	体調の悪い時，注射を忘れた時，食事をしない時，間食の時に，インスリン注射をどのようにするとよいかがわからない	・体調の悪い時，インスリンをしてよいのか対処がわからない ・注射を忘れた場合や，食事をしない場合，間食の場合の対処方法がわからない
	インスリン注射の打ち方がわからない	・インスリン注射の打ち方がわからない

表1．続き

カテゴリー	サブカテゴリー	２次コード
知識不足やストレスから指示された通りに食事療法を行うことが困難	食事量の制限や栄養バランスを考えることによるストレス	・好きな物を好きなだけ食べられないことがストレス ・間食が制限されることでのストレス ・外食を残さなくてはならないことがストレス ・飲食物に対して常にカロリーを気にすることが苦痛 ・栄養バランスを考えることのストレス
	指示された通りに食事を調節することが難しい	・指示されたカロリーに食事を調整することが難しい ・カロリーのわかるものしか食べられず，食事が偏る ・外食のカロリーコントロールが難しい ・カロリー計算をするのが面倒 ・カロリー計算をするのが大変 ・毎食，野菜を摂取することが大変
	食事量が減り，空腹感がある	・食事量が減り，空腹感がある
	食べたい物が我慢できない	・甘い物がなかなかやめられない ・カロリー制限できない ・他者（健常者）との食事の違いで，うらやましさや，疎外感を感じる
	食事療法に関する知識が不足している	・食べている物のカロリーがわからない ・カロリー計算がうまくできない ・食品のカロリーが分からず，計算が出来ないため，制限を守ろうとする意欲が減退する ・食事療法の知識が不足しており，適切な食事がわからない
食前のインスリン注射により食欲の低下がおこる＊	食前にインスリン注射することにより食欲の低下がおこる＊	・食前のインスリン投与で食欲が低下する＊
周囲への気兼ねや疎外感から，人づきあいをストレスと感じること	食事のことで周囲への気兼ねを感じる	・家族へ自分に合わせた食事を作ってもらうことで負担をかける ・食事のことで周囲に気を遣わせることで気兼ねがある ・食べ物を断ることで，相手に対して悪いと思う
	食事を介した人づきあいができないことによるストレスがある	・食事の付き合いができないことでストレスを感じる
	自由に食べている人が羨ましく，疎外感を抱く	・家族は自由に食べているのに自分は食べられないことでストレスを感じる ・他者（健常者）との食事の違いで，うらやましさや，疎外感がある
	インスリン注射をするところを人に見られたくない	・インスリン注射をすることを人に知られたくない，人の目が気になる ・外出時に注射をする場所がみつからない

＊：インスリンの代用品として使用した市販の清涼剤の味が原因と思われる記載内容

２）長期に渡り，自己管理が必要な血糖調節機能障害をもつ成人と家族へ必要だと考えた看護

“グループメモ”の記述から，長期に渡り，自己管理が必要な血糖調節機能障害をもつ成人と家族へ必要だと考えた看護について，135の1次コードがみられ，47の2次コード，21のサブカテゴリー，8つのカテゴリーが抽出された（表7）。

【患者や家族に，糖尿病や自己管理の知識を持ってもらい，協力して自己管理が行えるように働きかける】は，糖尿病の病態や治療の必要性について，患者と共に家族にも理解してもらい，患者と家族が協力して自己管理が行えるように支援することで，＜治療の必要性への理解を促進する＞など2つのサブカテゴリーで構成された。

【患者と目標を共有し，自己実現できるように血糖管理のための自己管理の知識や技術を指導する】は，患者の自己管理を定期的に確認し，看護の際に，患者と目標を共有し，患者の自己実現の達成を支えることができるように自己管理の知識や技術を指導することで，＜患者の自己管理方法を定期的に確認する＞など3つのサブカテゴリーで構成された。

【患者と家族の不安やストレスを緩和し，自己管理への意欲を維持できるように支援する】は，患者や家族がストレスを緩和するために，同病者との交流や不安やストレスの傾聴を行うことで，自己管理への意欲が損なわれないように看護することであり，＜同病者との交流の場を紹介する＞など3つのサブカテゴリーから構成された。

【運動療法の知識と必要性を伝え，患者の生活に適した運動を一緒に考える】は，患者に運動療法に関する具体的な知識や必要性を説明し，患者が取り組みやすい内容を一緒に考える看護であり，＜運動療法に関する知識と必要性を説明する＞など2つのサブカテゴリーから構成された。

【インスリン注射の手技，低血糖への対処と予防方法を説明する】は，インスリン注射とインスリンの取り扱いに関する正しい知識と手技を説明することで，＜インスリン注射の正しい手技を指導する＞など2つのサブカテゴリーから構成された。

【インスリン注射を継続するための工夫を相談する】は，インスリン注射を確実に継続するために，打ち忘れを防ぐ工夫や外出時にも注射することを躊躇しないことや注射できる場所について相談することであり，＜インスリン注射の打ち忘れを防ぐための工夫を相談する＞など2つのサブカテゴリーから構成された。

【患者と家族の食生活に合わせ，具体的で無理のない食事療法を指導する】は，食事療法の基本的な知識を説明しながらも，過度に患者と家族に負担がかからないように，患者と家族の食生活に適した具体的な調整の仕を栄養士と連携をとりながら指導することであり，＜患者の食生活に合わせた具体的な食事の調整方法を説明する＞など5つのサブカテゴリーから構成された。

【食事療法の振り返りを行い，意欲を維持できるよう支援する】は，食事療法の振り返りを患者と一緒に行い，食事療法への意欲を失わず，継続できるように相談する看護であり，＜食事療法の振り返りを一緒に行い，意欲を維持できるよう支援する＞というサブカテゴリーで構成された。

３）事前準備に取り組まなかった理由

事前準備に取り組まなかった理由について，“グループメモ”の患者として生活して大変だったこと，困ったことに記載がみられた。

事前準備に取り組まなかった理由は，「自覚症状がなく，病気への理解が十分できずまだ大丈夫だと思う。」，「自己管理を行わないことで，罪悪感を感じる。」，「注射が痛いという情報を聞き，注射をしたくない。」，「周囲の人に気づかれたくない。」であった。

Ⅳ．考察

本演習プログラムでの学生の学びと教育方法の工夫について考察する。

１．本演習プログラムでの学生の学び

本研究で抽出された“患者として生活して大変だったこと，困ったこと”は，友竹ら[13]が明らかにした外来に通院する糖尿病患者の生活上の困難さと類似した内容がみられる。

友竹ら[13]は，糖尿病患者の生活上の困難さとして，「制限の毎日への圧迫感，生活全体の調整の難しさ，病気による心身のままならさ」があると述べている。本演習プログラムでの学びである【治療に縛られることによるストレス】，【知識不足やストレスから指示された通りに食事療法を行うことが難しい】は，友竹ら[13]が明らかにした糖尿病患者の困難と類似しており，学生がよい患者

表2. 長期に渡り自己管理が必要な血糖調節機能障害をもつ成人と家族へ必要だと考えた看護

カテゴリー	サブカテゴリー	2次コード
患者や家族に，糖尿病や自己管理の知識を持ってもらい，協力して自己管理が行えるように働きかける	治療の必要性への理解を促進する	・治療の必要性への理解を促進する
	患者や家族に，糖尿病や自己管理の知識を持ってもらい，協力して自己管理が行えるように働きかける	・家族に対して，糖尿病をもつ患者への理解を促す ・家族にも糖尿病や自己管理の知識を持ってもらい，協力が得られるように働きかける ・家族にも食事療法について理解してもらい，協力を得る ・家族にも薬物療法について理解してもらい，本人のサポートをしてもらう ・合併症について知識や情報を提供する ・生活のリズムの乱れが少ないように説明する ・高血糖時の対処方法を説明する ・緊急時の対処法を本人及び家族に指導する
患者と目標を共有し，自己実現できるように血糖管理のための自己管理の知識や技術を指導する	患者の自己管理方法を定期的に確認する	・患者の自己管理を定期的に確認する
	自己血糖測定の手技獲得の支援と結果の活用を促す	・自己血糖測定の手技の説明をする ・自己血糖測定を行い，自己管理への意識を高める
	患者と目標を共有し，血糖管理をしながら，自己実現できるように自己管理の知識や技術を指導する	・患者と目標を共有し，血糖管理をしながら，自己実現できるように，自己管理の知識や技術を指導する
	同病者との交流の場を紹介する	・患者，家族へ患者会などの同病者の交流できる場を紹介する
患者と家族の不安やストレスを緩和し，自己管理への意欲を維持できるように支援する	患者と家族の不安やストレスを聴き，緩和する	・患者や家族の不安やストレスに感じていることを聴く ・患者，家族に過度な負担がかかりストレスとなっていないかをアセスメントし，ストレスや不安を緩和する ・患者や家族の不安を予測し，知識や情報を提供する ・経済的な負担の軽減のための情報提供
	患者が長期に渡り自己管理への意欲を維持できるように支援する	・患者の自己管理への意欲が損なわれないような声賭けを行う ・患者が長期に渡り糖尿病と付き合おうという気持ちを持てるよう，一緒に考えていく姿勢で接する
運動療法の知識と必要性を伝え，患者の生活に適した運動を一緒に考える	運動療法に関する知識と必要性を説明する	・運動療法に関する具体的な知識と必要性を説明する
	患者の生活に適した具体的な運動を一緒に考える	・患者の生活に合わせて取り入れやすい具体的な運動を一緒に考える ・運動療法の促しや，一緒に行ってもらえるように，周囲の人に働きかける
	インスリン注射の正しい手技を指導する	・インスリン注射の正しい手技の指導を行う
インスリン注射の手技，低血糖への対処と予防方法を説明する	インスリンの作用・副作用，管理について説明する	・インスリン注射の管理を説明する ・インスリンの作用，副作用について説明する ・インスリン注射を忘れた場合の対処方法について説明する
	低血糖症状と対処方法，予防方法について患者と家族に説明する	・自分の低血糖の症状を認識してもらう ・低血糖の症状と対処方法，予防方法について患者と家族に説明する
	インスリン注射の打ち忘れを防ぐための工夫を相談する	・インスリン注射の打ち忘れを防ぐために，声かけを行う ・インスリン注射の打ち忘れを防ぐため周囲の協力を得る ・インスリン注射を忘れないための工夫を相談する
インスリン注射を継続するための工夫を相談する	外出時にインスリン注射を継続できる方法を相談する	・外出時にインスリン注射を行える場所について相談する ・インスリン注射を行うことを周囲の人に理解してもらう ・インスリン注射の必要性を説明し，人目を気にして行わないことがないように指導する
	規則正しい食事摂取をするよう指導する	・規則正しく，食事を摂るように指導する ・間食しないように声かけを行う
患者と家族の食生活に合わせ，具体的で無理のない食事療法を指導する	患者の食生活に合わせた具体的な食事の調整方法を説明する	・わかりやすく具体的に食事療法についてカロリーやバランスを患者や家族に説明する ・カロリー計算や本人の食生活に合わせた具体的な調整の仕方を指導する ・無理なく食事療法を継続できる方法を説明する
	患者と家族共に食事の満足が得られるように相談する	・少量の食事でも満足できるように，時間をかけてよく噛んで食べるように指導する ・食事について患者と家族の両者の満足が得られるように相談する
	患者，家族に負担がかかり過ぎないように食事に関する情報を提供する	・家族や本人に負担がかかりすぎないように，食事に関する情報を提供する ・食事療法について家族の負担を軽減するために宅配食の紹介をする
	栄養士と連携する	・栄養士と連携して指導を行う
食事療法の振り返りを行い，意欲を維持できるよう支援する	食事療法の振り返りを一緒に行い，意欲を維持できるよう支援する	・食事療法が継続できているかを確認する ・食事療法への意欲を維持するために，食べた物を記録し，振り返りを行う

体験を行えたと考えられる。

これまでの1つまたは2つの患者体験を行う演習[2)3)4)5)6)7)]では，学生が患者体験した療養法に関してのみ気づきや学びが集中する傾向がみられ，体験していない他の療養法に関する気づきや学びの広がりがみられなかった。例えば食事療法の患者体験をした学生の学び[3)]では，糖尿病食に対する苦痛や困難，食事について肯定的に捉えた内容，糖尿病食についての工夫や提案，糖尿病患者への援助，指導など，食事療法を行う患者に関する理解と援助に学びが集中していた。また，自己血糖測定の体験をした学生の学び[5)6)]でも，自己血糖測定とそれを行う患者への援助に気づきや学びが留まっていた。これらの学生の学びは，演習目的に適うものである。しかし，実際の患者は，複数の療養法を自分の生活に取り入れ，調整しながら生活している。そのため，日常生活に治療の3本柱である食事療法，薬物療法，運動療法を取り入れ，患者体験を行ったことは，生活を調整しながら療養を行う困難への気づきが得られ，より患者のリアリティを理解することができたと考えられる。

また，本演習プログラムでは，【周囲への気兼ねや疎外感から，人づきあいをストレスと感じること】など，仕事や家庭で中心的な役割を果たす際に成人が抱きやすい療養のための生活調整とそれを継続することの困難への気づきが得られていた。このような他者との調整における困難への気づきは，これまでの演習時間内[5)6)7)]または1日または2日間食事療法を体験する患者体験の演習[2)3)4)]では報告されていない。他者との調整における困難への気づきが得られた理由として，連続した3日間という患者体験期間の設定により，他者との交流の機会を得やすかったためと考えられた。

さらに血糖調節機能障害などの慢性疾患をもつ患者の理解においては，病いの「慢性性」を理解が重要である。この点においても，＜自己管理を継続することが大変＞，【規則正しい生活に変更し，継続することが困難】などの学びがみられ，学生が自己管理を継続することの困難を学べていることから，病いが生涯続くという「慢性性」を推し量る機会を持てたと考える。

学生が患者体験から気づいた血糖調節機能障害をもつ成人の困難や大変なことは，学生が患者の立場で生活をして見えてきたことである。

すなわち，それは，「自分の身を相手の身に置き換えてみてそれを再度自己の身に引き戻すこと」[14)]であり，「患者への共感」[14)]ともいえる。

岡本[14)]は，「患者の苦しみや悲しみに共感することから患者の理解が起こり，共通感覚が働き，臨床での判断が正しくなされ，看護行為が適切に進められる」と述べている。また，ベナーら[16)]は，「看護婦は症状に対する患者の受け止め方をつかんでおくことが適切な看護と治療に不可欠である」と述べている。これらのことから，学生が，患者体験から血糖調節機能障害をもつ成人の困難への気づきを得ることは，患者に共感し，患者の立場で困難を知ることの重要性や，患者に必要な看護を考える上で大切なことと考える。

また，正木[16)]は，糖尿病患者のセルフケア確立に向けての5つの課題として医学的・実践的知識の獲得，情緒の安定，自己管理プロセスの習得，患者としての家庭・社会での役割，人生上の選択・自己決定があると述べている。これらの血糖調節機能障害をもつ成人の課題に対し，看護を考えることが重要である。

学生の学びにおいて，医学的・実践的知識の獲得への看護は，＜患者や家族に，糖尿病や自己管理の知識を持ってもらい，協力して自己管理が行えるように働きかける＞，【インスリン注射の手技，低血糖への対処と予防方法を説明する】，【インスリン注射を継続するための工夫を相談する】，＜自己血糖測定の手技獲得の支援と結果の活用を促す＞，【運動療法の知識と必要性を伝え，患者の生活に適した運動を一緒に考える】，【患者と家族の食生活に合わせ，具体的で無理のない食事療法を指導する】であると考えられた。また，情緒の安定への看護は，【患者と家族の不安やストレスを緩和し，自己管理への意欲を維持できるように支援する】であると考えられた。また，自己管理プロセスの習得への看護は，＜患者の生活に適した具体的な運動を一緒に考える＞，＜患者の食生活に合わせた具体的な食事の調整方法を説明する＞，【食事療法の振り返りを行い，意欲を維持できるよう支援する】であると考えられた。さらに，患者としての家庭・社会での役割を果たすことと人生上の選択・自己決定への看護は，＜患者と目標を共有し，血糖管理をしながら，自己実現できるように自己管理の知識や技術を指導する＞であると考えられた。

これらのことから，本研究で抽出された“長期に渡り，自己管理が必要な血糖調節機能障害をもつ成人と家族へ必要だと考えた看護”は，正木[16]が述べている糖尿病患者のセルフケア確立に向けての5つの課題を支援できる内容であると考えられた。

さらに，少数ではあるが，事前準備に取り組まなかった理由が記載されていた。臨床には，様々な理由で，自己管理を十分行えない患者がいる。そのため，事前準備に取り組まなかった理由を知ることは，患者理解を深める上で，効果的と考えられた。

2．本演習プログラムにおける教育方法の工夫について

本演習プログラムで行った患者体験は，体験型学習であり，シュミレーション的技法のひとつである。藤岡[17]は，「シュミレーション的技法は，学生の情意，認知，技能のすべてが統合される学習状況をつくりだすことによって『臨床知』の形成を促す」と述べている。また，藤岡[18]は，「体験学習では，自らのからだや心，知能や感覚など自分のすべてを駆使して学習することで，“知る，わかる”レベルから，“実感できる，実際に感じて理解できる”レベルに到達できる」と述べている。本演習プログラムにおいても，体験学習により，学生自身が血糖調節機能障害をもつ成人の困難を実感し，長期に渡り，自己管理が必要な血糖調節機能障害をもつ成人と家族へ必要な看護を考えることができ，『臨床知』が得られ，今後の臨床実習や看護実践において役立つと思われた。

一方で，自己血糖測定を行う患者体験を行った鐵井ら[5]は，学生が演習で大変よく学べていることを認めながらも，「患者は学生たちには量り得ない苦悩を抱えている」ことから，学生が演習で体験した「一側面から患者の世界を推し量っていること，体験の再現には限界があることを認識させ，疑似体験で見出した介入策はあくまでも自分の主観的な経験にもとづくものであるため，今後，実習で患者と関わる際は，患者の諸背景である個人的な情報を活かし，個別性を重視した介入策に変化させていたく必要性を伝達していかなくてはならない」と述べている。鐵井ら[5]が述べているように，実際の患者は，学生の体験以上に，簡単には解決できない問題を抱え，苦悩が多い。それゆえ，本演習プログラムにおいても，患者の苦悩や，個別性を重視した看護を考える大切さを学生に伝える必要があると考える。

また，藤岡[18]は，体験学習において「教師の役割は，学習者が体験したことを言語化して表現すること，そして，既習の理論や概念を使って体験したことを整理できるように助ける必要がある」と述べている。さらに，高島[19]は，グループ学習における教師のかかわり方として，「学習を体験するのは学習者自身であることを認識して，決して教え込まないこと」と述べている。また，グループ討議をサポートする際には，藤野[20]が明らかにしたように，学生のグループワークでの困難を軽減するために，「自分の意見を発言すること，メンバーと合意を得ること，メンバーと強調して進めること，グループワークの目的把握と進め方に対する困難を軽減することの必要性」を考慮することが必要である。これらのことに配慮し，グループ討議において，学生が血糖調節機能障害をもつ成人のリアリティを理解し，看護を考えることができるように，学生同士では気づかない学生の体験の意味や，学生が自分の体験から学びを深めるように教員がアドバイスを行う必要がある。

また，藤岡[21]は，「シュミレーションにおいては『リアリティ』が大切であり，『リアリティ』が失われると『ごっこ』になり，いくら重ねても真の臨床知が育つはずがない」と述べている。

食事療法を体験する演習[3][4]では，学生により厳密に食事療法を体験してもらえるように食品を秤で計測し，食品交換表への記載を行うように指導している。

しかし，本演習プログラムでは，学生が体験する療養法の厳密性を重視して事前準備の説明を行っていなかった。また，学生がどれほど患者のリアリティを体験できたかを教員は把握しておらず，本演習プログラムの事前準備が，藤岡[27]の指摘する『ごっこ』に終わった学生もいた可能性がある。この点において，学生の学びをより深めるため，教育方法の工夫が必要と考える。

一方で，学生は，他の教科の学習や，課外活動など多くのスケジュールがある中で事前準備をしている。現在よりも厳密な事前準備をすることは，学生にとって過剰な負担となる恐れもあり，現実的には難しいかもしれない。

従って，学生が患者の『リアリティ』をより理

解するために，療養に取り組む成人は学生の体験以上に苦悩があることや，個別性があるため，必ずしも学生の体験と同じではないかもしれないことを，講義，グループ討議，全体討議でのアドバイスすることが必要と考える。

また，学生の学びで，“患者として生活して大変だったこと，困ったこと”には，＜運動の目安がわからない＞，＜インスリン注射の打ち方がわからない＞，＜食事療法に関する知識が不足している＞など，自己管理の知識不足によるサブカテゴリーもみられた。現在は，血糖調節機能障害をもつ成人の看護の1コマ（90分）の講義で，自己管理について説明し，その知識にもとづき学生が自分で学習を深め，事前準備をしている。今後，学生が，より患者のリアリティに近い患者体験を行えるように，講義で食事療法，運動療法などについて，今よりもわかりやすく，詳細に伝える工夫が必要だろう。

また，【周囲への気兼ねや疎外感から，人づきあいをストレスと感じること】は，社会や家庭で中心的な役割を果たすという発達課題をもつ成人に起こりやすい困難である。一人暮らしをしており，事前準備期間に家族との関わりがもてない学生は，このような体験を得ることが難しく，グループ討議の中で，他の学生の体験から学びを得ている。教員は，このことを意識して，成人の特徴でもある【周囲への気兼ねや疎外感から，人づきあいをストレスと感じること】にも学生が気づけるように，グループ討議において支援することが必要と考える。

なお，本演習では，1グループの人数は，4-6人としているが，グループワークが有効に行われるための1グループあたりの人数は7-8人である[20]と言われている。学生の患者体験からより多くの学びを得るために，グループ討議が効果的に行えるように，1グループの人数を考慮する必要があると考える。

また，患者役と看護師役のロールプレイを行う体験型学習[6) 7) 8) 9)]では，看護師役の学生が患者役の学生に指導する場面での気づきから看護を学んでおり，実践的である。一方，本演習プログラムでは，グループ討論を活用して，看護への考えを深めている。しかし，患者役とのやりとりの場面がないため，学生が考えた看護は，抽象的であり，相手の反応に応じた看護実践については学ぶことができていない。従って，学生が，血糖調節機能障害をもつ成人と家族へのより実践的な看護を考えるためには，ロールプレイを取り入れるなどの工夫が必要と考える。

Ⅴ．本研究の限界と今後の課題

本研究は，講義内容，学生の事前準備内容，グループ討議，全体討議での教員の支援によって，得られた学生の学びが異なる可能性がある。

従って，一看護大学の一学年分の学生が記載した“グループメモ”を分析対象としたことが本研究の限界であり，得られた結果を一般化することは難しい。今後の課題として，講義内容の充実，事前準備の説明，グループ討議，全体討議での教員の支援を工夫し，別年度の学生の学びを収集し，比較しながら，より多くの学びが得られる工夫を探究することである。

Ⅵ．おわりに

血糖調節機能障害をもつ成人の看護の演習プログラムにおける学生の学びを明らかにし，演習プログラムにおける教育方法を検討するために，研究に承諾の得られた学生の“グループメモ”の記載内容を分析した。

学生の学びとして，“患者として生活して大変だったこと，困ったこと”では，【自己管理ができない自分への憤りや意欲の減退】，【知識不足やストレスから指示された通りに食事療法を行うことが困難】，【周囲への気兼ねや疎外感から人づきあいをストレスと感じること】など11のカテゴリーが抽出された。長期に渡り，自己管理が必要な血糖調節機能障害をもつ成人と家族へ必要だと考えた看護では，【患者や家族に，糖尿病や自己管理の知識を持ってもらい，協力して自己管理が行えるように働きかける】，【患者と目標を共有し，自己実現できるように血糖管理のための自己管理の知識や技術を指導する】，など8つのカテゴリーが抽出された。

これらの学びは，外来に通院する2型糖尿病患者の困難[13]と類似しており，糖尿病患者のセルフケアの5つの課題[16]への看護について考えられていた。このことより，長期的に自己管理が必要な血糖調節機能障害をもつ成人と家族への看護を理解するために，連続した3日間，患者体験をすることは，学生にとって効果的であることが示唆さ

れた。また，本演習プログラムにおける教育方法の工夫として，患者体験では量りかねる患者のもつ苦悩や，一人暮らしの学生など限界がある環境での患者体験を補足するために，グループ討議，全体討議での教員の支援の必要性，講義内容，事前準備をよりよく行うためのアドバイス，ロールプレイなど相手の反応をみて看護を実践し考える機会の必要性が示唆された。

本研究へご理解並びにご協力いただきました学生の皆様に感謝いたします。

文　献

1）石井邦子：「看護学教育の在り方に関する検討会（第２次）」を終えて．看護教育，45(7)；435-462，2004.

2）佐藤栄子，張替直美，野口美和子：看護基礎教育過程における糖尿病食事療法の体験学習の評価．愛知県立看護短期大学雑誌，22；1-8，1990.

3）張替直美：看護基礎教育課程における糖尿病食事療法の体験学習の意味について―学生のレポート内容からの検討―．山口県立大学看護学部紀要，6；91-102，2002.

4）白神佐知子：成人看護学における体験学習の効果―食事療法の理解への課題を分析して―．新見公立短期大学紀要，27；91-99，2006.

5）鐵井千嘉，長家智子：自己血糖測定演習を通した看護学生の学習過程．九州大学医学部保健学科紀要，8；33-42，2007.

6）平岡知美，福田和明，生島祥江：自己血糖測定技術演習における学生の学びの分析．神戸常磐短期大学紀要．9；67-74，2007.

7）河井伸子，川端京子：インスリン自己注射と自己血糖測定の演習を振り返って―役割演技シュミレーションを取り入れた演習の試み．大阪市立大学日本看護短期学部紀要，5；11-17，2003.

8）関美奈子：学生間のrole-playを用いた患者教育の学習効果の検討―初回インスリン自己注射導入の模擬患者を用いて―．日本看護学教育学会誌，13（1）；1-10，2003.

9）大池美也子，山本千恵子，長家智子，本田里香，北原悦子：看護学基礎教育における教育技術習得への取り組み―模擬患者を用いた糖尿病患者教育の演習から―．九州大学医学部保健学科紀要，4；37-46，2004.

10）Strauss A L, Corbin J, Fagerhaugh, Glaser, Maines, Suczen, Wiener（南裕子監訳）：慢性疾患を生きる　ケアとクオリティ・ライフの接点．医学書院（東京），21，1987.

11）瀬戸奈津子：あなたにもできる認定看護師プロの技―糖尿病看護解説編―．Nursing Today，17(14)；68―71，2002.

12）吉野由美子：擬似患者体験を取り入れた学習に関する教師の教育観の検討―排泄に関連する単元において擬似患者体験を取り入れたことのある教師の教育観の比較検討から―．東海大学医療技術短期大学総合看護研究施設年報，12；1-10，2002.

13）友竹千恵，小平京子，村上礼子，中村美鈴，塚越フミエ：外来に通院する糖尿病患者の生活上の困難さ．自治医科大学看護学部紀要，2；17-25，2002.

14）岡本陽子：看護教育における共感の育成―その理論と実践―．九州大学医療技術短期大学部紀要，2；21-30，1985.

15）ベナー，ルーベル（難波卓志訳）：現象学的人間論と看護．医学書院（東京），ix，2000.

16）正木治恵：慢性疾患患者のセルフケア確立へ向けてのアセスメントと看護上の問題．臨床看護，20（7），508-511，1994.

17）藤岡完治，野村明美：わかる授業をつくる看護教育技法　3シュミレーション・体験学習．医学書院（東京），6，2000.

18）前掲書17），133-134.

19）村本淳子編集：わかる授業をつくる看護教育技法　2　討議を取り入れた学習法．医学書院（東京），167，2001.

20）藤野ユリ子：看護学生がグループワークで感じる困難と満足との関係．日本看護学教育学会誌，15(1)；1-14，2005.

21）前掲書17），10.

報　告

母性看護専門看護実習として展開した へき地医療拠点病院における新生児蘇生法の導入とその成果

高橋斉子[1)]・高木友子[1)]・立木歌織[2)]・沼尾美津穂[3)]・小嶋由美[4)]
渥美清恵[5)]・荒川直美[6)]・手塚久恵[6)]・粂川舞衣夢[6)]
角川志穂[7)]・小川朋子[7)]・齋藤良子[7)]・成田　伸[7)]

Development and Outcome by Introduction of Neonatal Cardiopulmonary Resuscitation into Supprt Hospital of Remote Area through Practices of Maternal Nursing Certified Nurse Specialist's Student

S. Takahashi[1)], T. Takagi[1)], K. Tachiki[2)], M. Numao[3)], Y. Kojima[4)],
K. Atsumi[5)], N. Arai[6)], H.Tezuka[6)], M. Kumekawa[6)]
S. Sumikawa[7)], T. Ogawa[7)], Y. Saito[7)], S. Narita[7)]

抄録：へき地医療拠点病院であるA市民病院における母性看護専門看護実習において展開した新生児蘇生法の導入とその自主的勉強会への発展について，3期3年間の院生の活動とその成果を分析した。A市民病院は，その特性から助産師の数が少なく分娩介助，特に産婦のケアに専念せざるをえず，出生直後の新生児のケアに主にかかわる看護スタッフの新生児ケアが十分とはいえない状況にあった。その状況に対して，新生児蘇生法を中心とした教育的なかかわりの結果，児に最初にタッチする看護スタッフが，初歩的段階とはいえ日本周産期・新生児医学会認定の新生児蘇生法の知識と技術を持つようになり，当該施設の出生直後の新生児管理の改善に大いに役立った。また教育の形態は，院生主体の講習会の開催から，自主的な勉強会へと発展しており，当該病院における自主的学習力を育てることができた。へき地医療拠点病院のような小規模で他科混合とならざるを得ない病院においては，少ない助産師と看護スタッフとのつなぎ役が必要な場合もあり，そこに母性看護専門看護実習における介入の可能性を見出すことができた。

キーワード：新生児蘇生法，新生児管理，CNS専門実習，へき地医療拠点病院
Key words：Neonatal Cardiopulmonary Resuscitation, Medical Management of Infant, Practice of Certified Nurse Specialist's Student, Support Hospital of Remote Area

[1)] 自治医科大学大学院院生，[2)] 自治医科大学大学院研究生・利根中央病院，[3)] 済生会宇都宮病院，
[4)] 獨協医科大学病院，[5)] 湘南鎌倉総合病院，[6)] 日光市民病院，[7)] 自治医科大学看護学部
[1)] Graduate Student, Jichi Medical University, Graduate School, Master School of Nursing
[2)] Research student, Jichi Medical University, Graduate School, Master School of Nursing, Tone Chuo Hospital [3)] Saiseikai Utsunomiya Hospital [4)] Dokkyo Medical University Hospital [6)] Shonankamakura General Hospital [7)] Jichi Medical University, School of Nursing

Ⅰ．はじめに

約10％の新生児が，出生時呼吸を開始するのに何らかの助けを必要とし，約1％は救命するために高度の蘇生手技を必要とするといわれている。アメリカで開発された新生児の蘇生について標準化されたプログラム（新生児蘇生法プログラム；Neonatal Resuscitation Program（以下NRPと略す））は，日本においても導入が検討され，日本周産期・新生児医学会が中心となって，周産期・周生期の医療現場に働くスタッフ向けに本格的な資格認定制度が開始した[1]。

自治医科大学大学院看護学研究科母性看護専門看護師教育課程では，周産期母子を中心として，専門看護師が果たすべき実践，相談，調整，倫理調整，教育，研究の6つの役割を遂行する能力の獲得を目指す。6単位の母性看護専門看護実習を，自治医科大学附属病院を主な実習場所として展開している。この実習における新生児蘇生法講習の開始は，院生の1人がNRPのインストラクターの資格を持っていたことをきっかけに始まった。2006年度から，事前研修・本実習としてNRPの簡略版講習を産科・NICUスタッフを対象に開催した。その後も断続的に開催してきたが，日本における公式の資格認定制度が整ったのに従って，2010年4月からは，自治医科大学シミュレーションセンターの協力を得て，日本周産期・新生児医学会公認の日本版新生児蘇生法（Neonatal Cardiopulmonary Resuscitation（以下NCPRと略す））コースとして開催するに至っている。

この実習では，地域医療を推進する自治医科大学の特性を生かし，へき地医療拠点病院であるA市民病院でも同様の目的を持った実習を展開している。A市民病院での母性看護専門看護実習は，第1期が2008年度，第2期が2009年度，第3期が2010年度の実施であり，それぞれ2名の院生が展開した。自治医科大学付属病院は第三次医療機関であり，産科は単科で独立し，ほとんどが助産師で構成されている。しかし，A市民病院では，産科は他科と混合病棟であり，分娩はローリスクが主体でその分娩介助は助産師が行うが，出生直後の新生児のケアは主に助産師以外の新生児ケアに不慣れな看護スタッフが担当している。A市民病院に対する新生児蘇生法にかかわる講習は，このような施設特性に応じた出生直後の新生児管理の向上を目指した取り組みとして，第1期実習開始時より継続して展開してきた。

これらの成果について，各期の実習の状況に応じて報告する。なお，今回の実践報告については，A市民病院看護管理者から報告の承諾を得ている。

Ⅱ．新生児蘇生法普及事業

アメリカでは，新生児の蘇生について標準化されたプログラムをアメリカ小児科学会（American Academy of Pediatrics （以下AAPと略す）とアメリカ心臓病学会（American Heart Association（以下AHAと略す）が共同で開発し，1987年からNRPとしてその講習と資格認定が開始され，新生児にかかわる医師，助産師，看護師等に履修が義務づけられるようになった。NRPは24ヶ国語に訳されAAPの公式訓練事業が行われ，92カ国でNRPは新生児蘇生のモデルとして利用されている[2]。

日本では，2004年ごろからアメリカで働く日本人医師や助産師によりこのシステムが日本に紹介され，渡米しての資格取得者も出現し，2006年にはNRPテキストの日本語版が訳出された。また2004年から厚生労働省研究班を中心に検討され，2007年日本周産期・新生児医学会が公式認定するNCPRコースとして普及事業が開始した。制度が正式に整ってから，わずか3年ほどであるが，普及事業開始前から，当該学会，日本助産学会等の関連学会や日本助産師会等の職能団体を中心として，講習会の開催が相次ぎ，2010年9月までに資格取得者は2万人を超えるに至っている[3]。また日本助産師会は，2009年に助産所業務ガイドラインを改定するにあたり，新生児蘇生法のアルゴリズムをその中に取り込んでおり[4]，近い将来はアメリカのように新生児蘇生の現場で働く専門職に必須の資格となることが予想される。

現在の新生児蘇生法普及事業は，二次・三次医療機関の医師，日本周産期・新生児医学会専門医，新生児蘇生に携わる専門性の高い看護師・助産師等を対象とし，気管挿管や薬物投与などの高度な手技もしくはその知識を含む，高度な新生児蘇生法の手技の獲得をめざす新生児蘇生法「専門」コース（Aコース）と，一次医療機関の医師，新生児蘇生に携わる一般の看護師・助産師，卒後臨床研修プログラムにおける産科・小児科研修医，医学部学生，看護および助産学生，救急救命士等を対象とし，気管挿管や薬物投与など高度な手技を除く，基本的な新生児蘇生法の手技の獲得をめざ

す新生児蘇生法「一次」コース（Bコース）とAコース・Bコースそれぞれを教えることのできるインストラクターのコースがある。今回対象としたBコースは標準的に3時間の受講時間が必要とされている[5]。

Ⅲ．A市民病院の概要と産科病棟の状況の分析結果

A市民病院の産科は，内科・外科を含む他科混合病棟であり，少ない助産師（第1期実習の2008年度は4人，現在は6人）が助産師待機（夜間帯（17:30～8:30）に自宅で待機し，分娩者入院時に連絡を受けて勤務する体制）で，分娩介助にあたるが，出生直後の新生児のケアは主に産科を担当する看護スタッフが行い，多忙時には，主に他科を担当する看護スタッフも担当する状況にあった。2008年当時の師長は，分娩で忙しいときに看護スタッフが自信を持って出生直後の新生児ケアを手伝うことができればと考えていた。また，主に産科を担当する看護職と産科を支援する看護職（以下看護スタッフ）も産科業務の中で看護スタッフとしてサポートしたいと考えていたが，出生直後の新生児ケアのトレーニングを受けていない状態で手伝うことに不安を感じており，手を出しかねていた。一方助産師側も，分娩数の急増により分娩介助に多忙となり，看護スタッフに対して働きかけることができない状況にあった。

このように，2008年度に第1期の母性看護専門看護実習の一環として行った分析の結果から，2008年当時の産科病棟は，産科業務の中での助産師と看護スタッフの役割分担と看護スタッフに対する産科業務に関する教育が課題であることが明らかとなっていた。

Ⅳ．A市民病院に対する新生児蘇生法の導入とその発展

１．第1期院生の活動：院生主体の勉強会開催の時期（2008年度）

Ⅲ．で示したような分析の結果から，看護スタッフには，出生直後の新生児ケアの中でも高い観察力と技術が必要とされる出生直後の新生児ケア，特に新生児の蘇生の講習の必要性があげられた。2008年度の第1期の院生の1名は先に述べたように，アメリカで開催されたNRP研修会を受講し，インストラクターの資格を取得していた。アメリカのNRPにおける新生児蘇生法は産科領域に馴染みがないスタッフには難しいものであったため，ここではNRPを，他科を専門としている看護スタッフにも実施可能な範囲内に内容を精選・縮小し，院生自らが企画・実施した。

この時のテーマは「生まれた直後の新生児に対するケア」で，所要時間は1時間，対象は，当該病棟看護職員全員とした。講習会の内容は，NRPテキストに基づいた，新生児の初期処置（気道確保，保温，鼻口腔吸引，刺激）と陽圧換気について40分間の講義を行い，その後モデル人形を使用してのバッグ＆マスクの実技練習を一人ずつ交代で20分間かけて行った。参加者は，師長，助産師4名，看護師7名の計12名で，参加者は熱心に耳を傾けてくれていたが，講義後の質問は少なく，実技に関しても予想より消極的と思われた。しかし，修了後に行ったアンケートの結果では，勉強会の内容，難易度は参加者にとって適切だったとのことで，アンケートにあった「学んだ知識を実際に活かしたいと考えるか」という質問には，必ずやってみる4名，できたらやってみる8名と予測以上に良い反応であり，この勉強会が一般床で働く看護スタッフが新生児のケアに関心を持ってもらうきっかけになったのではないかと考えられた。

このように院生が実施した講習会自体も好評であったが，講習会後に看護スタッフに，以下のような変化があったとの報告があった。それは，夜勤帯での分娩時，他科を主に担当する看護スタッフが助産師に対して，何か自分たちにできることはないかと声をかけるようになったことである。

２．第2期院生の活動：病棟看護スタッフ主体の勉強会開催の支援（2009年度）

この年にはNCPRの公式認定コースが全国的に開催されるようになり，この年の院生2名はAコース資格の取得，Aコース開催に対してインストラクターの補助を行った後で申請し，Bコースインストラクターの資格を取得した。

2009年度のA市民病院での実習では，新生児蘇生法に直接的につながる動きはなかったが，病棟看護スタッフ主体で新生児ケアを勉強しようとする機運が高まった。この年は，若手看護スタッフのほうから「哺乳に関する勉強会」を開催したいとの意向が表明され，院生はその支援を行った。院生は，勉強会の企画やパワーポイントの作成に，

現地や大学での支援とメールを通じての支援を実施し，開催時には同席し，開催の様子を見守った。勉強会はほとんどの看護スタッフが参加し，男性看護師がモデル人形を抱いてみるなど，非常に和気藹々としたものであった。勉強会の実施後には，勤務内で余裕のあるときに新生児室に積極的に足を運ぶ看護師が増加し，新生児へのケアを実践するにあたって，疑問があった場合，助産師や産科看護スタッフ，院生に質問・相談する変化がみられた。

３．第3期院生の活動：新生児蘇生法Bコースの開催と自主的学習会の開催（2010年度）

この年の院生2名も，第2期の院生と同様にBコースインストラクターの資格を取得していた。そして，この年，A市民病院での実習において，公式認定のＢコースを，院生2名がインストラクターを務めて開催した。

公式Bコースは，7月の金曜日の午後4時間を用い，講義はA市民病院大会議室で，実技演習は分娩室・陣痛室において実施した。対象者は，当該病棟の看護職員全員とした。先に述べたように，インストラクターは院生2名が務めたが，インストラクター補助のうち一人を，Aコース資格を持っていた当該病院の産科医師1名が務めた。参加者は，看護師9名，助産師3名，小児科医師1名の計13名であった。

講義・演習とも非常に熱心に参加していた。特に演習は，日ごろ共に働くスタッフ同士であるため，技術に慣れてくると，すぐに協働して物事にあたるようになった。また，バッグ＆マスクや胸骨圧迫，気管内挿管などの演習時には，インストラクター補助として参加した産科医師や，受講者として参加した小児科医師が，圧迫する圧の感覚，挿管したときの感触などを丁寧に解説してくれた。NCPRの演習では最終段階として様々な状況で出生した新生児を設定し習った知識・技術をチームとして展開するシナリオ演習を行うことになっている。分娩室で最後に行ったシナリオ演習では，産科医師・小児科医師・助産師・看護スタッフが協働してあたり，まさに実際に生じた事態に対処するようなスムーズさで実践できており，今後シナリオのような緊急事態が発生した場合に実践できることを期待させるものであった。

上記Bコースは1回の開催であり，参加できなかった助産師と看護スタッフもいた。そのうち助産師3名は，その後他院で開催されたBコースに参加した。その後，A市民病院で行ったBコースを受講した勉強会係3人から，受講できなかった看護スタッフ向けに勉強会をしたいとの申し出が院生にあり，非公式の講習会として開催することになった。勉強会係は非常に積極的で，院生に対して支援を依頼し，院生は物品の準備，シナリオの選定などについて協力した。

当該病棟勉強会係が主催する勉強会は，8月の金曜日の夕方勤務終了後90分間を用い，分娩室・陣痛室において開催した。対象者は，Bコースを受講していない看護スタッフ10名で，内容は，新生児蘇生法アルゴリズムの確認，バッグ＆マスクと胸骨圧迫演習，2ケースのシナリオ演習であった。勉強会は勤務修了後の開催だったため，対象者は全員参加し，90分という時間も適切であった。受講者の参加も熱心であり，効果的な勉強会となった。

Ⅴ．考察

今回開催の実習先となったA市民病院では，少ない助産師は分娩介助，特に産婦のケアに集中せざるを得ず，また出生の現場に新生児科医師は常駐していないため，出生直後の新生児ケアは助産師以外の看護スタッフに任されている状況にあった。加部[6]は，周産期の医療事故において，新生児が仮死状態で出生することそのものを予防することは現実的に困難であるが，児に最初にタッチする医療職がNCPRをマスターし，確実に実施できる体制を確立することこそ，その後の児の重症化を予防するカギとなると述べている。その意味で，A市民病院の産科看護スタッフに対して，院生が中心となって新生児蘇生法の知識・技術を導入したことは，価値あるものであったと考える。

杉浦[7]は，NCPR講習会開催のコツとして原則平日の午後の開催を推奨している。杉浦はその理由として，講師も受講生もお互い少ない休みを減らさないことによる負担の軽減を挙げている。A市民病院でのBコース開催，自主的勉強会はいずれも金曜日開催であり，これはスタッフの希望によるものであった。看護部・産科病棟としての協力もあり，金曜日午後に開催したことで，産科に関わるスタッフの約半数を占める13名のスタッフの参加が可能となり，またその満足感が自主的勉

強会の開催につながったものと思われる。また，瀬戸ら[8]は，蘇生技術の日常からの訓練の必要性について言及している。A市民病院においては，一部の看護スタッフがBコース資格を取得し，自主的勉強会も開催されたが，これが今後病棟の中で継続的に開催できるような支援も，今後必要と思われる。

次に母性看護専門看護実習としての院生の「教育」活動の成果として考察する。第1期の院生による病棟の状況のアセスメントから，産科業務の中で助産師と看護スタッフの役割分担と看護スタッフに対する産科業務に関する教育が課題であることが明らかとなり，分娩室内での出生直後の新生児ケアをあげ，NRPを初心者にわかりやすく実施する演習を含む勉強会の開催を行い，好評を得た。引き続いた第2期の院生は，新生児蘇生法自体には直接的な関与はしなかったが，若手看護スタッフの勉強意欲を支援し，スタッフが積極的に参加する勉強会開催に結び付いた。しかも勉強会開催後は，看護スタッフが積極的に新生児室に入室し，支援する様子がみられるように変化している。そして，これらの経過が，第3期の院生が実施した公式の新生児蘇生法Bコースの開催後の新生児蘇生法についての自主的勉強会に結び付いている。

日本周産期・新生児医学会NCPR改訂小委員会[9]は，国際蘇生法連絡委員会による蘇生法に関する修正コンセンサス2010に基づき，日本版であるNCPRも現在修正作業中であることを報告している。このように，NCPRはエビデンスを取り込んで改訂が繰り返されるものであり，一度習ったからといって一生使える知識や技術ではなく，常に更新する必要がある。今回の1期から3期の実習の間でも，NCPRの資格取得の状況は大きく変化した。今回1期でNPRに触れ，3期でアドバンスコースとして開催できたことは，このように改善が進むコースの開催として，適していたと考えられる。

3年間で院生の教育的な役割自体も，第1期では院生主体の役割，第2期では院生はスタッフの支援者としての役割に，第3期では，院生がさらにアドバンスな知識と技術を提供する役割と自主的勉強会への支援者としての役割の両方をと，変化していった。そして，3期に亘る院生の教育的な働きかけが，病棟スタッフの自主的学習力を育てたといえ，教育役割としてより高度な実践となったといえよう。

叶谷ら[10]の調査によれば，へき地における看護職が「勤務を続けるために必要なこと」として「研修の充実」を求めている。へき地医療拠点病院においては，立地条件上，外部の研修に出向くには，時間とコストがかかる。A市民病院においても，学習環境は叶谷らの指摘と同様で，利便性の高い都市を中心に行われる講習に多くの看護スタッフが参加することは難しく，また院内では勉強会の企画・開催に人的な余力が不足していることが挙げられた。このような施設に対して母性看護専門看護実習として院生がかかわることで，勉強の機会の少ない病院の看護職の学習意欲にこたえることができたことは，専門看護師の役割の一つである教育の機能を学ぶ意味で重要であろう。

Tringaliら[11]は専門看護師の介入の成果として「変化はゆっくりと起こる」と述べている。A市民病院において3年かけて自己実習力が育ったことは，母性看護専門看護実習の成果として大きなものと考える。

Ⅵ．おわりに

へき地医療拠点病院であるA市民病院は助産師の数が少なく分娩介助に専念せざるをえず，出生直後の新生児のケアに主にかかわる看護スタッフのケアが十分とはいえない状況にあった。その状況に対して，新生児蘇生法を中心とした教育的なかかわりの結果，児に最初にタッチする看護スタッフが，初歩的段階とはいえNCPRの知識と技術を持つようになったことは，当該施設の出生直後の新生児ケアの改善に大いに役立ったと考える。また，3期3年間6名の院生の助産師や看護スタッフへの教育的なかかわりの結果，自主的勉強会まで発展しており，この自主的学習力を育てられたことは，大きな成果であるといえる。

母性看護専門看護師は全国に27名とまだ少なく，2次あるいは3次の医療機関の病棟に所属して活躍している場合が多い。へき地医療拠点病院のような小規模で他科混合とならざるを得ない病院においては，少ない助産師と看護スタッフとのつなぎ役が必要な場合がある。今回はそこに母性看護専門看護実習として介入を試み，成果を得ることができた。今後とも，母性看護専門看護実習の可能性を検討し，研鑽を重ねていきたい。

引用文献

1）田村正徳監修：日本版救急蘇生ガイドラインに基づく新生児蘇生法テキスト．第1版．メジカルビュー（東京），24，2007.

2）再掲 1），8.

3）和田雅樹：NCPRの歩みと今後の展開．NCPR News Letter，Vol.1，7-8，2010.

4）日本助産師会編：助産所業務ガイドライン．2009年改定版．日本助産師会（東京），27，2009.

5）再掲 1），9-10.

6）加部一彦：周産期・新生児診療におけるリスクマネジメント．小児科診療，10（121）；1877-1881，2010.

7）杉浦崇浩：NCPR講習会だより―静岡済生会総合病院．NCPR News Letter，Vol.1，9-10，2010.

8）瀬戸智美，米山万里枝：助産師・看護師が行う新生児蘇生．助産雑誌，64(4)；372-377，2010.

9）草川功：コンセンサス2010に準じたガイドラインの改訂について．NCPR News Letter，Vol.1，3-6，2010.

10）叶谷由佳，鈴木育子，大竹まり子他：地域医療の実態・ニーズからみた課題解決への提案．へき地医療体制の充実及び評価に関する研究―山形県における実践的試み―厚生労働科学研究費補助金医療安全・医療技術評価総合研究事業分担研究報告書，135-142，2008.

11）Tringali C.A.，Murphy T.H.，Osevala M.L.：Clinical Nurse Specialist Practice in a Care Coordination Model．CLINICAL NURSE SPECIALIST，22(5)；231-239，2008.

報　告

NICU入院中の児を持つ母親の搾乳に関する実態調査

立木歌織[1)]・高橋斉子[2)]・高木友子[2)]・沼尾美津穂[3)]
天谷恵美子[4)]・金田陽子[5)]・寒河江かよ子[6)]・塚田祐子[6)]・藤川智子[7)]
角川志穂[8)]・小川朋子[8)]・齋藤良子[8)]・成田　伸[8)]

The Situation of Expressing Breast Milk for babies' Mothers in Neonatal Intensive Care Unit

K.Tachiki[1)], S.Tkahashi[2)], T.Takagi[2)], M.Numao[3)]
E.Amagai[4)], Y.Kaneda[5)], K.Sagae[6)], Y.Tsukada[6)], T.Hujikawa[7)],
S.Sumikawa[8)], T.Ogawa[8)], Y.Saito[8)], S.Narita[8)]

抄録：私たちは，NICUに入院している児の母親に対するNICU看護スタッフ，助産師，共同の母乳育児支援体制構築を目指しているが，今回は搾乳を中心にNICUの母乳育児の現状を把握することを目的として，その実態を調査した。平成21年10月～平成22年8月の期間中に児がNICUに入院している母親で同意の得られた9人について調査した。その結果，調査期間の搾乳回数の平均は5.0回，1日搾乳量の平均は245.0ml，最大搾乳量は平均328.3ml/日（60～540ml）であった。最大量が500mlを超えた母親は2人に過ぎず，また用手搾乳が原因となっている身体の負担が挙げられた。搾乳を通じた児とのかかわりは早産した母親にとって非常に重要な位置を占めており，大変な努力の末に搾乳が維持されていることが明らかとなった。

今後は，このような母親の心身両面の状況を念頭に置き，母親が無理なく搾乳を継続できるような支援を，NICUと産科で協力して整えていく必要があるといえよう。

キーワード：NICU（新生児集中治療室），搾乳，電動搾乳器，母乳育児，早産
Key words：NICU（Neonatal Intensive Care Unit），expressing breast milk,

[1)] 自治医科大学大学院研究生，[2)] 自治医科大学大学院院生，[3)] 自治医科大学大学院修了生，[4)] 自治医科大学附属病院看護部，[5)] 自治医科大学附属病院NICU，[6)] 自治医科大学附属病院産科病棟，[7)] 藤川赤ちゃん相談室，[8)] 自治医科大学看護学部
[1)] Research student, Jichi Medical University, Graduate School, Master School of Nursing
[2)] Graduate Student, Jichi Medical University, Graduate School, Master School of Nursing
[3)] Ex. Graduate Student, Jichi Medical University, Graduate School, Master School of Nursing
[4)] Jichi Medical University Hospital, Nursing Division
[5)] Jichi Medical University Hospital, NICU
[6)] Jichi Medical University Hospital, Maternity Unit
[7)] Fujikawa Mather & Baby Counseling Room
[8)] Jichi Medical University, School of Nursing

Ⅰ．緒言

近年多くの研究の成果から，早産児の母親の母乳は，成熟児の初乳と比べてもたんぱく質濃度が高く早産児の成長発達に適合し[1]，脂肪成分内に早産児の脂肪吸収を助ける物質を含み[2]，免疫成分を豊富に含み早産児を感染から防御すること[3]など，早産児にとって人工乳には代えがたいものであることが明らかになってきている。一方，早産児の母親は直接授乳開始までの間，長期にわたり搾乳で母乳分泌を維持する必要がある。しかし，早産児では正期産児に授乳している母親と比べて，乳汁分泌開始期の乳汁産生量が少なく[4]，また産後2週以降の母乳分泌量が増えにくい[5]など不利な条件が多いことが分かっている。このように，早産児にとって不可欠な母乳の分泌を搾乳によって維持するには困難が大きく，母乳分泌量を維持するための支援が重要であるといえる。これまでの研究の動向をみると，NICUに児が入院した母親の母乳育児として検索されるが，搾乳状況から研究しているものは多くない。

これらをふまえ，私たちはNICUに入院している児の母親に対するNICU看護スタッフ，助産師，共同の母乳育児支援体制構築を目指している。今回は搾乳を中心にNICUの母乳育児の現状を把握することを目的として実態調査をしたので，その結果を報告する。

１．用語の定義

母乳育児：本研究では，母親が児に母乳を与え育てるために行うことと定義する。

Ⅱ．研究方法

１．調査期間：平成21年10月～平成22年8月。

２．対象者：A病院において，NICUが併設された産科病棟で早産あるいは2,500ｇ未満で児を出産し，児がNICUに入院している母親。母児共に母乳育児に支障のある合併症等のない者。

３．調査方法：NICU師長に研究対象者を選定してもらい，研究者が研究内容の説明を行い文書による研究同意取得した後，研究者が診療録より入手した情報を基礎情報シート（母親の妊娠・分娩・産褥経過，児の状況等）を記入，その後，調査用紙（1日搾乳量，搾乳回数・搾乳時間，搾乳・母乳に関してその時に母親が感じている質問等の自由回答）を，週に１回の面会時に研究者あるいは母親が記入した。記入は，児の退院まで定期的に行った。研究参加者には，独自に作成したリーフレット（母乳育児の大切さと母乳分泌のために児との接触と搾乳が重要であることを説明した文書）と『小さく生まれた赤ちゃん～低出生体重児を母乳で育てるために～』[6]の冊子を渡し，搾乳の必要性と共に，多様な搾乳法について情報提供を行った。

４．分析方法：搾乳量，搾乳回数等のデータは平均値や割合を算出し，それぞれのケースごとのデータの傾向を比較検討した。自由回答については，搾乳や母乳育児に関連する内容を抽出し1次コードとし，その内容の類似性を比較検討し2次コードを抽出した。これを繰り返し，カテゴリーとした。

５．倫理的配慮：本研究は，当該施設の臨床研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（第臨09-23号）。参加の同意や調査途中での辞退の自由意思の保障，匿名性の確保等を説明し，文書により同意を得た。母親の母乳関連の悩みや支援の希望に対しては，NICUスタッフあるいは研究メンバーが対応した。独自に作成したリーフレット（母乳育児の大切さと母乳分泌のために児との接触と搾乳が重要であることを説明した文書）と『小さく生まれた赤ちゃん～低出生体重児を母乳で育てるために～』[6]の冊子は，研究協力を得られなかった母親に対しても配布し，母乳育児に関する質問に関しては研究協力を得られた母親と同様に研究者が対応した。

Ⅲ．結果

１．調査結果の概要

NICU師長に条件に合う対象者に選定してもらい，9名の対象に対して依頼した結果，全員から同意が得られた。なお，この期間内のNICU入院児数は354名であった。

対象者の概要を表1に示した。対象の平均年齢は34.0歳（30～39歳），初産6人，経産3人，児の出生週数は平均30.0週(25週5日～34週5日)，双子1組であった。調査の記録は1人平均7.67回（1～16回），児の修正週数で26週2日から51週2日の期間であった。乳頭の刺激の開始は分娩後1日目が3人，2日

目が6人，搾乳の開始は，2日目が４人，3日目が4人，4日目が1人であった。今回の対象者の対象退院時点の搾乳回数の平均は5.9回/日（5～8回）で，1回搾乳量は平均43.6ml（3～50ml）であった。また，調査期間の対象の搾乳回数の平均は5.0回（2.4～6.0回），1日搾乳量の平均は245.0ml（7.5～440.0ml），最大搾乳量は平均328.3ml/日（60～540ml）で，最大量が500mlを超えた対象は2人だった。

当該施設の産科病棟は用手搾乳を推奨しており，NICUではこの研究期間中に手動搾乳器あるいは電動搾乳器の導入を開始した。希望する対象に使用方法を説明し，貸し出し等を行っていた。今回対象となった対象自身の入院中の搾乳方法は全員が用手搾乳であったが，対象退院後には5人が手動搾乳器に，1人が電動搾乳器に変更していた。搾乳方法を変更した理由としては，「手が痛くて，もっと搾りたいのに搾れない」，「乳房のまわりが搾乳の刺激で痛むようになってきた」，「左乳房に傷がある」といった用手搾乳していることによるトラブル，乳房のトラブル（あざ，発赤等）があった。また，対象者に配布したパンフレットに紹介されており，試しに搾乳器を使用した結果，身体的な疲労感が少なく，苦痛が少ないため，搾乳を継続しやすいとの理由から搾乳方法を搾乳器に変更していた。

児退院時点での栄養方法は，最大搾乳量が500mlを越えた2ケースでは母乳栄養であったが，他の7ケースでは母乳栄養が1ケースのみで他はすべて混合栄養であった。また，児出生後2週までに500ml以上の搾乳量に達した対象はいなかった。

２．対象者の搾乳状況の推移

全ケースの1日搾乳量の推移を図1に示した。図中の○は児の栄養法が経管栄養のみの時期を，△は直接母乳が開始された時期を示している。また，

表1　研究対象者の概要

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
年齢（歳）	34	33	37	32	31	32	39	38	30
妊娠分娩回数*1	5G1P	0G0P	0G0P	0P0G	0P0G	0P0G	3G3P	0P0G	0P1G
出産時妊娠週数	25週5日	33週0日	34週5日	31週1日	33週6日	29週1日	26週1日	27週6日	28週3日
単胎・双胎	単	単	単	双	単	単	単	単	単
出生時体重	650g	1686g	1784g	1220g 1626g	1486g	1356g	692g	508g	1374g
乳頭刺激の開始*2	2日目	1日目	2日目	2日目	2日目	2日目	1日目	2日目	1日目
搾乳の開始*2	3日目	3日目	2日目	4日目	2日目	3日目	2日目	3日目	2日目
母子の初回面会*2	1日目	0日目	2日目	2日目	1日目	1日目	不明	1日目	0日目
母親入院中の搾乳方法	用手搾乳	用手搾乳	用手搾乳	用手搾乳	用手搾乳	用手搾乳	用手搾乳	用手搾乳	用手搾乳
母親退院後の搾乳方法	手動搾乳器使用	用手搾乳	用手搾乳	手動搾乳器使用	用手搾乳	手動搾乳器使用，その後，残乳を用手搾乳	手動搾乳器使用	電動搾乳器使用	手動搾乳器使用
母親の退院日*2	7日目	5日目	15日目	7日目	7日目	7日目	7日目	7日目	5日目
母親退院時点の搾乳回数／日	6回	5回	6回	6回	6回	6回	6回	5回	7～8回
母親退院時点の１回搾乳量	40ml		50ml	20～30ml	35ml	50ml	10ml	3～5ml	20ml
最大搾乳量*3（週 - 日）	540ml (34-0)	150ml (33-6)	360ml (38-4)	535ml (35-0)	190ml (37-0)	480ml (35-2)	60ml (28-2)	135ml (37-6)	440ml (35-4)
児退院時の栄養方法	母乳	混合	混合	母乳	混合	混合	混合	退院未	退院未

＊1：妊娠分娩回数は，G：妊娠回数，P：分娩回数を示す。
＊2：生後日数を示す。
＊3：研究期間中に最大搾乳量に達した時の搾乳量と，その時の修正週数を示す。

○あるいは△の中の数字は1日の搾乳回数を示している。最初の○の前に書かれた数字は，研究に参加した時点の生後日数を示している。直接授乳が始まっても，搾乳回数や1日搾乳量に大きな変化はみられなかった。

搾乳の最大量が500mlを越えた2人の対象者についてみると，そのうち1人は生後4日目から研究に参加したケースで，1日4～5回の搾乳回数ながら急速に分泌量が増加し，約7週間経過した修正週数34週の時点で，1日搾乳量が500mlを超えるに至っていた。もう一人の対象は双子の母親で，この2人はどちらも児退院時点の栄養方法が母乳栄養であった。

著しく母乳分泌量が低迷したケースは3人の対象者であった。1人の対象者は生後6日目から研究に参加し，1日6～7回搾っていても最高で200mlであった。33週0日出生で，生後3日目からの研究参加したケースでは研究参加期間4週間に100～150mlで推移した。また最も母乳分泌量が低迷したケースは，生後15日目から研究に参加し，搾乳の頻度が1日3～4回であり，1日搾乳量が2ml程度であったが，このごく少量の搾乳を100日以上に亘って維持し，自宅での直接母乳にたどり着いている。

３．搾乳・授乳に関する困難な体験

対象者が搾乳・授乳に関する困難な体験として述べた内容を「　」として示す。

１）搾乳にかかる時間について

「搾乳が自分でやるとうまくいかない」,「搾乳にかかる時間が，たくさんとろうとすると長時間かけてしまい負担（おっぱいに）なるのではないか」といった内容から，授乳に長時間かかることによる不安が述べられ，授乳にかかる時間についてとした。

２）搾乳のタイミング（頻度等）について

「お兄ちゃんの都合などで，時間が不規則になってしまう」,「出かけると搾乳の間が空いてしまって，大丈夫なのかな」,「本もらって，量じゃなくて回数だと分かったので，出ない時は刺激だけでもしています」,「授乳（搾乳の意味）時間が週末忙しくて確保できない」,「自分で生活のペースがつかめていなく，外出がからむと搾乳時間がずれ込んでしまうので，予定通りこなせないのがストレスです」,「家事と搾乳の折り合いもつくようになってきたので，少しずつ時間の使い方が上手にできるようになってきた分，気持ちにも少し余裕が出てきたように感じます」,「時間通りに搾乳できない」といった内容から，授乳のタイミング

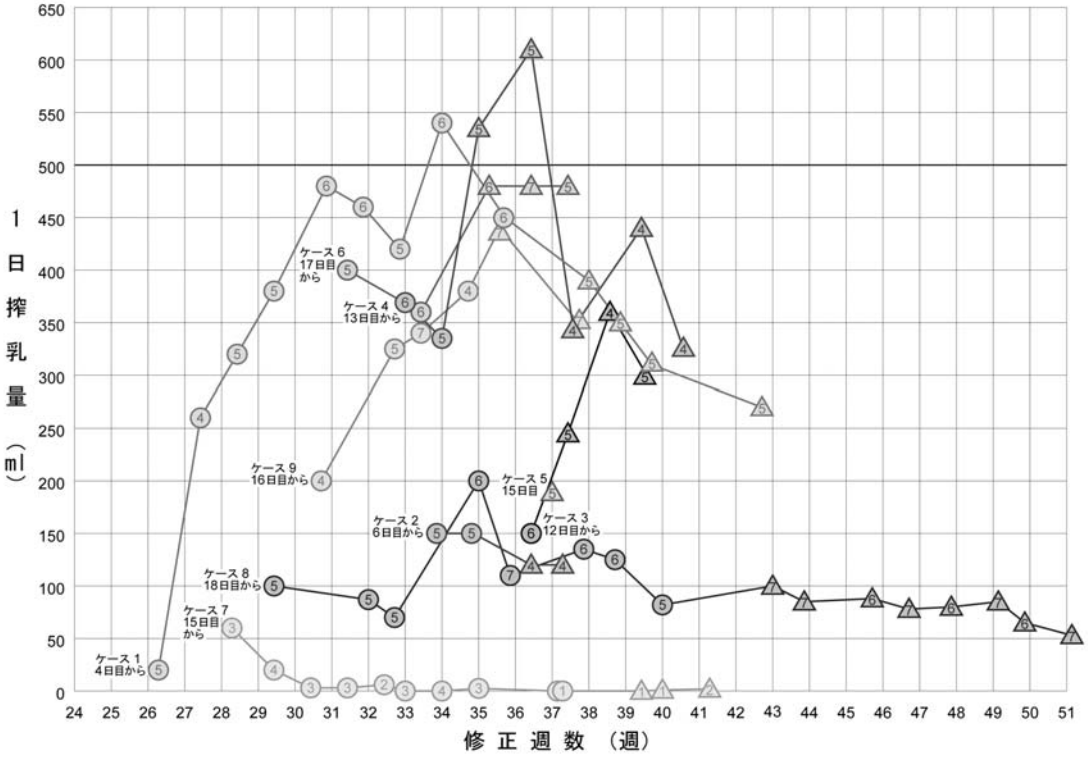

図1　全ケースの搾乳状況の推移

の調整の難しさや頻度の減少に関する困難やその改善の工夫について述べられ，授乳のタイミング（頻度等）についてとした。

３）搾乳量について

「母乳の量が増えているのか」，「以前と比べ，胸の張りがなくなってきた。母乳が出なくなってしまうのではないか」，「搾乳量はいつになったら増えますか？」，「搾乳量が減り始めた」などの内容から搾乳量やその低下に関係した不安が述べられ，搾乳量についてとした。

４）体調の変化，搾乳への思い

「直母をあげはじめたら，搾乳がすごく嫌になってきた」，「母乳の量が増えるのか心配」，「手が痛くて，もっと搾りたいのに搾れない」，「乳房のまわりが搾乳の刺激で痛むようになってきた」，「朝おっぱいが冷たかった」，「体が冷えているようなので，ハーブティなど体を温める飲み物を取ってみようと思います」，「眠い時，疲れている時は，母乳が出にくくなる」，「カンガルーケアをすると母乳の出が良いし，母乳が出やすい気がします」「早く直母ができるようになるとよい」，「左乳房に傷がある」などの内容から母親自身の体調不良や搾乳による身体の負担に関する不安や思いが述べられ，体調の変化，搾乳への思いとした。

５）搾乳・授乳に関する母親の複雑な思い

対象者が搾乳・授乳に関する複雑な思いを述べた内容を「　」として示す。

「病院に面会に行って子どもに合うと幸せな気分になるので，なるべく子どもと接する時間を増やしたいと思います」，「カンガルーケアをすると母乳の出が良いし，母乳が出やすい気がします」，「主人に搾乳時に『母親なんだねー』と感心されるけど，正直うれしくない。母親としてだけ生きろって言われてるみたい」，「母乳を捨ててしまう時があるので，それがつらい気持ちになる」など，児との面会が母親の意欲を支えているという思いの反面，搾乳に関わる複雑な思いが述べられていた。

Ⅳ．考察

１．搾乳量・搾乳回数に関して

図1中の1日搾乳量の500mlにあたるところにラインを引いた。このラインは，Hillら[7]の，分娩後2週までに1日500ml以上の分泌量を確立することがその後長期に亘る分泌の維持を可能にするとのデータに基づくものである。図1に示したように，今回の調査ではこのラインを越えたものは2名のみで，うち1名は500mlを超えるのに分娩後約7週間を要していた。

日本新生児看護学会と日本助産学会はこれまでのエビデンスから2010年4月に「NICUに入院した新生児のための母乳育児支援ガイドライン」[8]を公表した。その中では，「搾乳方法と回数やタイミング，分泌を増やすためのコツ」として「出産後6時間以内のできるだけ早い時期に搾り始める」，「できれば3時間毎，あるいは乳房が張ってきた感じがある毎に2～3時間毎に，1日8回以上」を推奨し「1日の搾乳回数が5回未満になったりすると，乳分泌不足傾向となりやすい」と警告している[9]。本研究の参加者に渡している冊子[10]でも，産後1～2週間は頻繁に搾乳することが必要で，この期間は1日8～12回搾乳することが推奨されている。

今回の対象者についてみると，乳頭刺激の開始が分娩後1日目～2日目，搾乳開始が2日目～4日と遅く，母親退院時点の搾乳回数は5～8回，母親退院後の搾乳回数は0～6.5回であり，ガイドラインや冊子での推奨には届かない結果となっていた。今回の対象者の最大搾乳量が500mlに届かなかった原因の一つにこの搾乳開始の遅れと搾乳回数の少なさを挙げてもいいだろう。

早産する母親側の原因として，妊娠高血圧症候群，慢性疾患を合併している等が考えられる。これらの原因は，産後も母親の体調に悪影響を与えている可能性が高く，搾乳を開始する時間を遅らせ，「2～3時間毎に，1日8回以上」と推奨されている搾乳回数に到達するのを難しくする状況を作り出している可能性がある。

２．搾乳方法の選択

今回の調査では，調査開始時は全員が産科病棟で推奨している用手搾乳であったが，母親退院後にはNICUで情報提供を受けた結果を反映して，そのうち5人が手動搾乳器の使用に，1人が電動搾乳器の使用に変更していた。搾乳方法を変更した理由としては，「手が痛くて，もっと搾りたいのに搾れない」，「乳房のまわりが搾乳の刺激で痛むようになってきた」，「左乳房に傷がある」といった内容があった。また，対象者に配布したパンフレットに紹介されているため，試しに搾乳器を使用した結果，身体的な疲労感が少なく，苦痛が少

ないため，搾乳を継続しやすいとの理由から搾乳方法を搾乳器に変更している現状があった。

先のガイドラインでも用手搾乳は，いつでもどこでも実施できるので，どの母親にもできるように支援する必要があるとしている[11]。一方で，「搾乳する期間が1ヶ月以上になることが予測される」場合は，電動搾乳器の使用方法について情報提供する必要があるとしている[11]。

天野ら[12]は，用手搾乳によって強度の肩こりや手腕の痛みが起こっていると指摘している。今回の対象者においても，「手が痛くて，もっと搾りたいのに搾れない」，「乳房のまわりが搾乳の刺激で痛むようになってきた」，「左乳房に傷がある」など，用手搾乳が原因となっている身体の負担が挙げられており，天野らの指摘通りの状況にあると思われる。

天野らは，このような身体的負担があるにもかかわらず用手搾乳が勧められている背景として，わが国の臨床現場に電動搾乳器を敬遠する雰囲気があることを指摘している。横尾ら[13]も同様に，臨床現場に「手を使うことについての肯定的認識」，「電動搾乳器の機能についての否定的認識」，「電動搾乳器に対する誤解があり，使用できない雰囲気がある」ことを指摘している。ガイドラインで推奨している電動搾乳器の使用に対して，そのような誤解があるとすればその誤解を解く必要がある。

母乳分泌にかかわるホルモンであるプロラクチンは，出産直後に最も高くその後急激に減少するが，直接の哺乳や搾乳などの母乳分泌の刺激により一時的に上昇し，母乳分泌を維持することが知られている。大山[14]は，搾乳方法によるプロラクチンホルモン反応の違いについての研究を紹介している。その研究では，直接授乳ではプロラクチン値が55～550ng/ml，用手搾乳では平均67ng/ml，手動搾乳器では平均67ng/ml，電動搾乳器では46～405ng/mlで，そのうちシングルポンプ（乳房の片方ずつから搾乳するもの）の場合で平均92.1ng/ml，ダブルポンプ（両方の乳房から同時に搾乳するもの）では平均136ng/mlであったという。この研究によれば，プロラクチンホルモン反応の高さは，直接授乳＞電動搾乳器（ダブル＞シングル）＞用手・手動搾乳器の順といえ，この結果から，大山は，長期間の搾乳が必要な早産児の母親の搾乳方法として，ダブルポンプを使用する電動搾乳器での搾乳を推奨している。また藤本ら[15]は，電動搾乳器使用者と用手あるいは手動搾乳器使用者の搾乳法による搾乳量などの違いを比較検討した結果から，電動搾乳器使用群は搾乳時間が有意に短く，搾乳量は多い傾向があることを報告している。さらに，電動搾乳器使用者は用手搾乳の母親と比較して，手指，腕，乳頭の痛みが有意に低かったと報告している。

今回の対象者の発言には「搾乳にかかる時間が，たくさんとろうとすると長時間かけてしまい負担（おっぱいに）なるのではないか」，「本もらって（配布した冊子を指す），量じゃなくて回数だと分かったので，出ない時は刺激だけでもしています」があった。これらの発言から，搾乳量が少ない母親は，1回の搾乳に時間を長くかけて1回量を増やそうとしがちであることが推測される。このことは電動搾乳器の場合も注意事項として挙げられており，搾乳量が少ないと吸引圧を上げて量を増やそうとしがちであると指摘されている。今回の対象者の中にも，搾乳量が少ないために，搾乳に時間をかけ，それが疲労や手の痛みや乳房への負担となり，結果的に搾乳回数の減少，搾乳量の減少という悪循環が起こっている可能性が考えられる。

３．搾乳の社会的な側面

今回の対象者の発言の中には，「お兄ちゃんの都合などで，時間が不規則になってしまう」，「授乳（搾乳の意味）時間が週末忙しくて確保できない」，「時間通りに搾乳できない」といった授乳のタイミングの調整の難しさや頻度の減少に関する困難が述べられていた。その原因として，上の子の育児や家事で，NICUに入院している児だけに集中できない母親の状況があった。さらに「出かけると搾乳の間が空いてしまって，大丈夫なのかな」とあるように，NICUへの1日1回の面会が，通院の時間を含めて大きな時間的な負担となっており，そのことが搾乳回数を少なくする原因になっていた。母親たちから得られたこれらの搾乳回数を減らす要因は，母親たちが置かれた社会的な状況に起因する不具合であり，これらの点についても今後さらに検討が必要であろう。

４．搾乳の心理的な影響

本研究では，対象者からも「カンガルーケアをすると母乳の出が良いし，母乳が出やすい気がし

ます」というように，児との面会や接触が母親の搾乳の意欲を支えていることを表す言葉が聞かれている。

Chattertonら[16]は，極低出生体重児を生んだ母親の産後6週間の乳汁分泌量とホルモン，ストレスの関係を研究し，正期産で出産した母親と比較するといずれの時期も不安スコアが高く，早産の場合はストレスが持続すると報告している。また，Hillら[17]は，長期間NICUに子どもが入院している母親は，通常児に直接授乳している母親に比べ，産後2週間以降の母乳分泌量が増えにくく，逆に減る傾向にあると実証している。一方でKavanaughら[18]の研究では，早産した母親は，母乳を与えることはわが子のためにできる唯一のことであると考えていることも多いと述べている。また母親が退院後に搾母乳を届けることは，そのことで児との強いつながりを実感し，児に母乳をあげられるのは自分だけだという自信につながる。今回のこのように早産児を生んだ母親への母乳育児支援は，母親自身のストレスを緩和する意味でも重要であると考えられる。NICUに子どもが入院した母親の母乳育児支援は，このような母親の気持ちを受けとめ，身体的にも精神的にも感じるストレスを最小限にし，母乳育児を長期間継続できるように支援する必要がある。

5．NICU入院中の児を持つ母親の搾乳に関する支援

今回の対象者は9名であったが，研究期間内に当該NICUに入院した児は354名であった。研究実施時点では，NICU入院児の母親の搾乳状況は入院児の個々の診療録には記載されていても，全体で把握するシステムは整っておらず，その実態を把握したのは，一部ではあるものの本調査が初めてであった。また当該NICUにはこの時点で助産師の配置はなく，母乳育児支援に経験を持つ看護スタッフからの母親に対する支援は十分とはいえなかった。

NICU入院児のために搾乳に頑張る母親たちを支援するためには，まずはその実態が定期的に把握できる状況を確保することが重要である。そのうえで，私たちには，すでに出ているエビデンスに基づく推奨を考慮し，母親に対して正確で具体的な情報提供を行うことが必要であろう。

一方で，NICU入院児の母親の搾乳に必要な支援は，身体的なものだけではない。宇野ら[19]は，NICU面会時間の延長，カンガルーケアの対象拡大，搾乳・授乳指導の充実，産後早期の搾乳開始，電動搾乳器の推奨，母乳外来・地域保健師・開業助産師・小児科外来など他部署との協働をあげている。本研究においても研究メンバーを，NICUおよび産科病棟スタッフ，看護学研究科院生，看護学部教員に加えて，地域助産師も含まれている。早産児が母親の母乳で育つこと，かつ早産児が口から直接飲めるようになったときに母親の母乳分泌が十分維持できていることを目指す必要があり，そのために今後はこの多様なメンバーが協力する利点を活用した，多くのスタッフの協働による母乳育児支援体制の構築を考えていく必要がある。

6．研究の意義と限界

本研究は，NICUに児が入院している母親が，どのように搾乳をしながら母乳分泌を維持し，その経過の中で，どのような努力や苦痛・不安を抱えているのか心身両面から明らかとなり意義があると言える。しかし，本研究は1病院で実施し，その施設の母乳育児指導の内容や方針により結果が影響を受けている可能性があり一般化するには限界がある。また，対象者も9名と少ないため，研究結果を一般化することは難しい。今後，対象施設・対象者を増やしさらに搾乳に関する実態を調査する必要がある。

V．結論

NICUに児が入院している母親の搾乳に関する実態について9人の母親の搾乳を中心とした経過を調査した結果，調査期間の搾乳回数の平均は5.0回，1日搾乳量の平均は245.0mlであったが，最大搾乳量は平均328.3ml/日（60～540ml）で，最大量が500mlを超えた母親は2人に過ぎず，また用手搾乳が原因となっている身体の負担が挙げられていた。そのような中でも搾乳を通じた児とのかかわりは早産した母親にとって非常に重要な位置を占めており，大変な努力の末に搾乳が維持されていることが明らかとなった。

今後は，このような母親の心身両面の状況を念頭に置き，母親が無理なく搾乳を継続できるような支援を，NICUと産科で協力し越えて整えていく必要性であるといえよう。

謝　辞

今回の調査にご協力いただきました母親の皆様に深く感謝いたします。

文　献

１）大山牧子：NICUスタッフのための母乳育児支援ハンドブック．第2版，メディカ出版，ｐ7，2010.
２）Jones E, King C編／板橋家頭夫監訳：エビデンスに基づく早産児の栄養管理．メジカルビュー社，p.12-13，2007.
３）前掲2)，p.13
４）前掲2)，p.74
５）前掲1)，p.55
６）Gotsch,G: Breastfeeding Your Premature Baby. La Leche League International, 2002.／大山牧子翻訳：小さく生まれた赤ちゃん～低出生体重児を母乳で育てるために～．ラ・レーチェ・リーグ日本，2007.
７）Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT, Zinaman M: Primary and secondary mediatorsュ influence on milk output in lactating mothers of preterm and term infants. Journal of Human Lactation, 21(2), 138-150, 2005.
８）平成18年度・19年度NICU入院児の母乳育児支援委員会：NICUに入院した新生児のための母乳育児支援ガイドライン．日本新生児看護学会・日本助産学会，2010.
９）前掲8)，p.11
10）前掲6)，p.19
11）前掲8)，p.12
12）天野美織，山崎友希子，早坂由美子，他：母子分離している母親への育児支援．子ども医療センター医学誌，31(4)：11-15，2002.
13）横尾京子，中込さと子，村上真理：ハイリスク新生児の母乳育児支援―看護職者の認識からみた電動搾乳器の活用に関する課題．日本新生児看護学会誌，9(2)：25-34，2003.
14）前掲1)，p.70
15）藤本紗央里，横尾京子：早産児の母乳育児における電動搾乳器の有効性．日本新生児看護学会誌，15(2)：2-10，2009.
16）Chatterton RE Jr, Hill P, Aldag JC: Relation of plasma oxytocin and prolactin concentrations to milk production in mothers of preterm infants. Journal of Clinical Endocrinology Metabology, 85(10):3661-3668,2000
17）Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT: Effects of Pumping Style on Milk Production in Mothers of Non-Nursing Preterm Infants. Journal of Human Lactation,15(3),209-216,1999.
18）Kavanaugh KM, Zimmermann BP,et al : The rewards for mothers of preterm infants. Journal of Human Lactation, 13, 15-21,1997.
19）宇籐裕子，木下千鶴司会：ワークショップ－母乳栄養を継続するためにケアを考える．日本新生児看護学会誌，14(1)：25-32，2008.

報　告

都市部における感染症健康危機管理にかかわる保健活動

春山早苗[1)]・山口佳子[2)]・櫻山豊夫[3)]・倉橋俊至[4)]・筒井智恵美[5)]・堀裕美子[6)]
北島信子[7)]・有馬和代[8)]・川人礼子[8)]・塚本友栄[1)]・島田裕子[1)]・関山友子[1)]

Public Health Crisis Management for Infectious Disease in the Urban Community Settings

Sanae Haruyama[1)], Yoshiko Yamaguchi[2)], Toyoo Sakurayama[3)],
Toshiyuki Kurahashi[4)], Chiemi Tsutsui[5)], Yumiko Hori[6)],
Nobuko Kitajima[7)], Kazuyo Arima[8)], Reiko Kawahito[8)],
Tomoe Tsukamoto[1)], Hiroko Shimada[1)], Tomoko Sekiyama[1)]

抄録：都市部を管轄する保健所における感染症集団発生時の活動８事例を調べ，感染症集団発生時の感染症担当保健師とそれ以外の保健師の役割，保健活動の課題を明らかにし，都市部における感染症健康危機管理にかかわる保健所の活動体制と保健活動を検討した。

その結果，保健活動の課題には，流行期の行事における発生時の備え，大規模校における感染症発生時の対応体制の整備，情報の一元管理と情報の共有，夜間・休日対応並びに業務量増大に伴う人員の確保，住民の不安増強に伴う相談への対応，倫理的配慮と個人情報の取り扱いについて関係機関とのルールづくり，住民への情報提供，他保健所からの応援職員のあり方と効果的な引継ぎ方法の検討，保健所外の他部署や他機関との迅速な情報共有，平常時におけるマニュアルの検証と見直し等があった。

保健所の活動体制として，所内・所属部署内における感染症担当職員と担当外職員との協力体制，情報共有のしくみづくり，平常時からの関係機関との連携体制づくり，関係機関への情報提供ルートの確保等が重要であることが示唆された。

キーワード：感染症，健康危機管理，保健活動，都市部，保健所

[1)] 自治医科大学看護学部，[2)] 杏林大学保健学部，[3)] 東京都福祉保健局，[4)] 足立区衛生部足立保健所
[5)] 東京都南多摩保健所，[6)] 荒川区福祉部高齢者福祉課，[7)] 大阪府八尾保健所，[8)] 大阪市保健所
[1)] Jichi Medical University, School of Nursing [2)] Kyorin University, Faculty of Health Science
[3)] Tokyo Metropolitan Government, Bureau of Social Welfare and Public Health
[4)] Adachi City, the Sanitary Part [5)] Tokyo Metropolitan Government, Tama Public Health Center
[6)] Arakawa City, Welfare Division, Welfare for the Elderly Section
[7)] Osaka Prefectural Government, Yao Public Health Center
[8)] Osaka City Public Health Center

Ⅰ．はじめに

2009年4月にメキシコで初めて確認された新型インフルエンザ（A/H1N1）は，同年5月に国内で初めて感染者が確認されてから約1年を経て，終息した。国際化の進展や地球環境の変化により，新興・再興感染症による大規模な流行が起こる可能性はますます高くなっている。感染症は，保健所における健康危機の対象分野の１つであり，海外から持ち込まれる感染症や新興・再興感染症に対する国民の不安を解消し，鎮静化することは，現在の公衆衛生行政における健康危機管理業務の最も重要な課題である[1)]。感染症が発生した場合，保健所は地域保健の第一線機関として初動を担い，地域の現場において迅速な対応及び早急な原因の解明を行うことが求められる[2)]。

一方，感染症対策と地域特性との関連を考えると，都市部では大型施設が多い，企業・学校が多い，交通網が整備されており外との交流が盛ん，近所付き合いの濃密さと希薄さが混在といった，そこに集まる人々の一般生活に関連する特徴があり[3)]，また指定都市・中核市の市区型保健所の場合には，都道府県型の保健所と組織や活動体制も異なる等，都市部に特徴的な感染症発生時の人々のニーズや保健活動があるのではないかと考えられる。筆者らは先行研究において，平常時における保健所，並びに，保健所保健師の活動の成果や役割と課題を明らかにし[4-7)]，感染症対策における平常時の保健所保健師活動のガイドラインを作成した[8)]。そして，このガイドラインが，活動のあり方を知り，保健師各自が所属する保健所の管内の状況に合わせて活動を展開するために，新人保健師と感染症業務担当の新任保健師に概ね役立つものであることを確認した[9-13)]。しかし，これらの研究において，地域特性は特に考慮されていない。

本研究の目的は，都市部における感染症集団発生時の保健所並びに保健所保健師の活動を調べ，先行研究[4-13)]の結果を踏まえて，都市部における健康危機管理の観点から感染症集団発生時の感染症担当保健師とそれ以外の保健師の役割，並びに，保健活動の課題を明らかにし，都市部における感染症健康危機管理にかかわる保健所の活動体制と保健活動について検討することである。

Ⅱ．研究方法

１．調査対象

本研究では感染症集団発生規模の異なる複数の事例から広く研究目的を追求するために，以下の活動事例を研究対象とした。

１）都市部を管轄する４保健所における感染症集団発生時の一施設に対する保健所及び保健師の活動４事例（表１）

２）都市部を管轄する４保健所における2009年４月から同年12月までの新型インフルエンザに関わる保健所及び保健師の活動４事例（表２）

なお，本研究における都市部とは，文献[3, 14)]も参考に，感染症対策という観点から，表３の特徴を有する都市とした。

また，感染症集団発生とは，同一感染経路によることが明らかな場合は同一施設内で１週間以内に２例以上の発生，感染経路が明らかでない場合には同一施設内で，１週間以内におおむね10人以上の発生とし[15)]，しかし前述した定義に関わらず保健所が健康危機管理の観点から感染症集団発生と判断した場合も含めることとした。

２．調査方法

感染症担当の保健師への面接によって調査した。また，報告書等の活動記録がある場合には，それを提示してもらい閲覧しながら面接した。

３．調査項目

①保健師の主な役割，②保健師の役割や活動体制のターニングポイント，③これまでの健康危機への対応経験から当該活動事例に役立ったこと，④平常時の活動が当該事例に役立ったこと，⑤活動事例から見出された感染症健康危機管理に関わる保健活動の課題

表3. 大都市部の特徴

・人の流れが一定かつ単一ではなく，通学圏や通勤圏など人が行き来する範囲が広く，かつ頻度が高い ・公共交通機関を使って移動する人が多い ・デパートやショッピングモール等の大規模商業施設，交通機関・路線が集中するターミナルなど広範囲から人が集まり，行き来する場所が多い

表1．調査対象の概要―感染症集団発生時の一施設に対する活動事例―

事例	1－1	1－2	1－3	1－4
保健所	都道府県型	都道府県型	市区型	市区型
感染症の種類	感染性胃腸炎（ノロウィルス）	腸管出血性大腸菌 O157	感染性胃腸炎	新型インフルエンザ（A/H1N1）
集団発生施設	小学校	大学	小学校	小学校
発生場所・契機	市内小学校が集まる行事	学生食堂	他県で移動教室中	町内会の運動会
活動期間	18 日間	3カ月と1週間	27 日間	約2週間
管内人口	約 40 万人	約 70 万人	約 20 万人	約 260 万人

表2．調査対象の概要―新型インフルエンザに関わる活動事例―

事例	2－1	2－2	2－3	2－4
保健所	都道府県型	市区型	都道府県型	市区型
管内人口	約 40 万人，3市管轄	約 20 万人	約35万人，2市管轄	約 260 万人
通常の活動体制	保健師約 20 人。 企画調整部署において健康危機管理に関わる企画・調整，市・医療機関との調整窓口。 保健部署に感染症担当係あり。	保健師約 30 人。 感染症担当部署に課長(医師)1名,事務職4名,保健師4名。 発生状況により，食品衛生担当，環境衛生担当と会議を行い，方針を決定，一緒に調査，情報共有。 年 1 回，本庁内の施設所管部と施設長を集め，感染症発生時の対応についてフロー図に沿った確認を実施。	保健師約20人。 保健部署に感染症担当チームあり。	感染症担当保健師 13 名。1 保健所体制で，20 数カ所の保健センターがある。保健所は感染症に関する事業の企画をし，保健センターは地区担当制でケース管理を実施。 保健所の感染症担当部署は結核（10 人）とそれ以外の感染症（2 人）業務に分かれている（1人副主幹）。保健所は企画調整機能，業務実動機能，本庁機能を備え，医師会や関係団体との関わりも必要。
平叙時から決めている集団発生時（緊急時）の活動体制	感染症または食中毒等様々な原因が考えられる場合には，探知時に管理職及び関連係（感染症担当，食品衛生，環境衛生）で所内会議を開催し，活動方針・役割分担を検討	健康危機管理マニュアルを定め，健康危機対策ステージを三段階に分類，ステージに応じて健康危機対策本部，健康危機対策会議，健康危機対策連絡会を設置することとしている。 感染症発生時の連絡は，予め作成してあるフロー図・様式を活用。	初動チームの体制は，総務グループ，調査グループ，医療・相談グループで動く。	特に決めていた活動体制はない。感染症担当部署だけではなく，保健所全職員と保健センター保健師で対応したという過去の新感染症対応経験あり。
管内の特徴	大規模なニュータウンとして人口増加が続いている。ベッドタウンとして発展している地域と江戸時代に栄えた地域や農家などが混在。	交通の便がよい。 近年，人口減少から増加に転じている。 昔ながらの住宅密集地域と地域再開発によるマンション群の地域があり，後者では地域のつながりが薄れている。 簡易宿泊所の分布する地域あり。 外国人登録者数は1万4千人，国籍が韓国・朝鮮・中国で8割以上。	隣県との境に位置する。交通の便はよい。 近郊農業が盛んな一方，中小企業が集積。 1 市の2/3は山。	海陸交通の要衝。市街はおおむね平地で，大小多数の河川が管内を縦横に貫流。 新興マンションが立ち並び転出入が激しい地域や昔から住んでいる住民，つまり高齢者が多い地域，繁華街，権利主張が強い住民が多い地域など地域によって様々な特徴がある。

４．分析方法

１）事例毎に，３．調査項目の①から⑤を整理した。①については，感染症担当保健師とそれ以外の保健師に分けて，また一施設に対する感染症担当保健師の活動については初動期と対応期に，新型インフルエンザ発生に関わる感染症担当保健師の活動については海外発生期～国内発生・管内発生期と，流行期～小康期に分けて整理した。

２）１）について，すべての事例を併せ，都市部における健康危機管理の観点から，感染症担当保健師とそれ以外の保健師の役割，並びに，平常時の活動が当該事例に役立ったこと，保健活動の課題をその意味内容の共通性から分類し，内容を表した。先行研究も踏まえて，これらの結果から，保健所の活動体制と保健師活動について検討した。

５．倫理的配慮

面接調査の対象者の所属施設長に対し，文書により本研究の趣旨及び協力を依頼し，了解を得た。面接調査の対象者に対し，文書により本研究の趣旨，自由意思の保証，個人や施設が特定されないよう配慮すること，研究協力により期待される利益と起こりうる不快な点等を説明し，文書又は口頭により研究協力への同意を得た。また，本研究で扱うデータ内容については，面接対象者及び所属施設に確認してもらい了承を得た。

Ⅲ．結果

１．感染症集団発生時の一施設に対する保健所保健師の活動

１）保健師の主な役割（表４）

①感染症担当保健師

感染症担当保健師の主な役割には，活動全体を通して【発生連絡から終息までの全体像の把握】，【職員による対象者への対応の統一化】，【応援活動の調整】があった。また，初動期には【積極的疫学調査の実施又は指示】，対応期には【状況変化の早期探知】があった。

患者・家族に対する主な役割には，活動全体を通して【継続的・長期的な視点からの患者管理】があり，また初動期には【患者と家族への情報提供と不安の受けとめ】，【対象者の特性に応じた具体的な二次感染予防のための指導】があった。対応期には，【患者への二次感染予防のための指導】，【患者・家族の生活への影響を最小限にすること】があった。

関係機関に対する主な役割には，活動全体を通して【他都市への感染拡大の可能性を判断し，可能性がある場合には保健所所在の都道府県内外の他機関へ情報提供】，市区型保健所の場合には，【管轄内の保健センターの司令塔】があった。また，初動期には【感染症発生施設を所管する機関との連絡調整・連携】，【感染症発生施設への感染拡大防止のための指導】，対応期には【感染症発生施設からの相談への対応】，【感染症発生施設に対する感染拡大防止のための体制整備への助言】があった。

②管轄内保健センター保健師の役割（市区型保健所の場合）

管轄内保健センター保健師の主な役割には，初動期から対応期にかけて，患者への【疫学的調査，接触者の健康状態の把握】，【患者及び接触者の不安の受けとめと支援】，【患者と家族の生活への影響を最小限にすること】があり，患者・家族への個別支援が主な役割であった。また，【感染疑いのある者や患者が身近なところで医療を受けやすくするための地域内医療機関への働きかけ】や【地域住民に対する予防啓発】があった。

③感染症担当以外の保健所保健師

感染症担当以外の保健所保健師の主な役割には，初動期から対応期にかけて，【患者調査】，【感染症担当保健師の通常業務である患者管理の代行】，【管理的立場にある保健師等による応援体制の整備】があった。

④所外からの応援保健師

所外からの応援保健師の主な役割には初動期から対応期にかけて，【患者調査】，【接触者検診等の結果の整理やカルテ整理】があった。また【感染症保健師が求めていることや助けになることをその場の状況から主体的に判断し実施すること】や【次の応援保健師への引継ぎ】といった役割もあった。

２）保健師の役割や活動体制のターニングポイント（表５）

ターニングポンイントには，感染者・患者数の増減があった時点と，初動期の調査と情報提供を終えた時点があった。

３）これまでの健康危機への対応経験から当該活動事例に役だったこと（表6－1）

事例1－1では，様々な原因が考えられる場合に

表4. 感染症集団発生時の保健所保健師の役割

表中の数字は事例番号を示す

	期	一施設に対する活動	期	新型インフルエンザ発生に関わる活動
感染症担当保健師	全体	**【発生連絡から終息までの全体像の把握】**（1−1） **【職員による対象者への対応の統一化】** ・対象者からの質問対応用マニュアルの作成（1−2） **【応援活動の調整】** ・感染症担当以外の係長保健師に状況報告，他係保健師の理解と協力を得やすくする。他所からの応援職員に活動開始にあたり，現状や全体像の説明。依頼内容をホワイトボードに書き出しておいた（1−2） **【継続的・長期的な視点からの患者管理】** ・患者管理に終了まで責任をもつ（1−2） **【他都市への感染拡大の可能性を判断し，可能性がある場合には保健所所在の都道府県内外の他機関へ情報提供】** ・患者の多くが，学習塾などに通っており，疫学調査の結果から，感染拡大が他都市に及ぶと考えられる場合には，所管する所へ速やかに情報提供（1−4） **【管轄内の保健センターの指令塔】** ・センターに検査結果などについて情報提供（1−4）	全体	**【住民への情報提供と相談対応】** ・相談や問い合わせ等の電話対応（2−1） ・海外発生報道と同時に病気の特性や対策等の情報を住民から求められた。国や当該都道府県の正確な情報を把握し，保健所がわかりやすく情報発信することが重要な役割（2−2，2−3） **【関係機関への情報提供と相談対応】** ・随時，情報を整理し，関係機関，関連施設への情報提供及び提供資料作成（2−1） ・通常業務に，関係機関との調整や情報の集約と提供の役割が係全体として加わった（2−2） ・海外発生期に管内健康危機関係機関連絡会議を開催し，発生状況や対策の説明，協力要請，メールによる連絡網の整備を実施。この連絡網を使い状況の変化に対応した関係機関への情報発信，迅速な情報伝達を可能とした（2−3） **【課内や所内，本庁内への情報提供】**（2−1，2−2）
	初動期	**【積極的疫学調査の実施又は指示】**（1−1〜1−4） **【患者と家族への情報提供と不安の受けとめ】** ・患者や家族は，「どうして自分が？」という思いと，周囲への感染拡大に不安を抱いており，その気持ちを受けとめ，疾患の特徴など正しい情報を伝えることで，できるだけ不安が解消されるよう援助（1−3） **【対象者の特性に応じた具体的な二次感染予防のための指導】** ・ひとり暮らしの大学生が多かったため，消毒方法等生活実態に即した実践しやすい指導方法を考案（1−2） ・自宅や学校に調査に行くことで，対象に適した二次感染予防の方法を考えることができ，伝えた（1−3） **【感染症発生施設を所管する機関との連絡調整・連携】** ・感染症発生小学校，教育委員会との連絡調整（1−1） **【感染症発生施設への感染拡大防止のための指導】** ・感染症発生小学校への感染拡大防止指導（1−1，1−4）	海外発生〜国内発生・管内発生期	**【帰国者の健康観察】**（2−1〜2−4） **【発熱外来へのトリアージ】**（2−1〜2−4） **【国内・管内発生後の増大する住民・関係機関からの相談への対応】** ・一般住民以外に医療機関・消防署・教育機関等関係機関からの相談も多く寄せられ混乱（2−3） ・学校復帰にあたっての証明書に関する問い合わせや風評被害に関わる保護者や学校関係者からの相談への対応（2−4） **【職員や応援保健師による対象者への対応の統一化】** ・発熱相談ｾﾝﾀｰ対応マニュアルの作成。情報や方針が刻々と変わり，マニュアル改訂に困難（2−3） **【PCR 検査実施に伴う対象者への説明と検体搬送・結果確認】**（2−1〜2−4） **【PCR 検査陽性者への入院勧告・指定医療機関への搬送等を含む患者管理】**（2−1〜2−4） **【積極的疫学調査と有症状者への受診勧奨，予防薬の配付と服薬指導，感染拡大防止指導】**（2−1〜2−4） **【予防啓発】**（2−1〜2−4） ・チラシの作成，地域ラジオ放送，福祉施設の研修会への講師派遣など多様な方法で実施（2−3）
	対応期	**【状況変化の早期探知】**（1−1） **【患者への二次感染予防のための指導】**（1−3） **【患者と家族の生活への影響を最小限にすること】** ・患者の兄弟が中学校学期末試験を受験できるよう，教育委員会へ当該感染症に関する知識提供（1−4） **【感染症発生施設からの相談への対応】**（1−1） **【感染症発生施設に対する感染拡大防止のための体制整備への助言】** ・校内消毒等が養護教諭に任されていたが，施設規模が大きく十分に対応しきれない状況等施設体制に課題が伺われ，体制整備への助言等を実施（1−1）（1−3）	流行〜小康期	**【他保健所及び関係機関との連絡調整】** ・住居と通学・通勤地が異なる感染者も多く，他保健所や関係機関との連絡調整を必要とした（2−1） **【管内保健センターが円滑にクラスターサーベイランスや，センターで把握できる人々を対象に啓発活動等を実施できるようにすること】**（2−4） **【新型インフルエンザ対応と通常業務を遂行できるための体制整備をすること】**（2−4）
保健センター保健師	初動期〜対応期	**【疫学的調査，接触者の健康状態の把握】**（1−4） **【患者及び接触者の不安の受けとめと支援】** ・新型インフルエンザの病原性が明確にされておらず，風評被害の問題などを含め，患者や濃厚接触者，特に患者が小学生の保護者の不安が大きく支援（1−4） **【患者と家族の生活への影響を最小限にすること】**（1−4） **【感染疑いのある者や患者が身近なところで医療を受けやすくするための地域内医療機関への働きかけ】** ・発熱外来が待機状態で未稼働であったが，地域内医療機関へ働きかけ，感染症発生校の児童専用に発熱外来を稼働（1−4） **【地域住民に対する予防啓発】**（1−4）	全体	**【クラスターサーベイランスと感染者・濃厚接触者への対応】**（2−4） **【二次感染の早期発見と保健指導】**（2−4） **【住民の不安に対する情報提供】** ・役所やセンター内のパネル展示など（2−4） **【施設関係者が集まる会議の場を活かした啓発活動】**（2−4） **【地域内施設の感染症対策に関わる情報把握】**（2−4）
担当外保健師		**【患者調査】**（1−2） **【感染症担当保健師の通常業務である患者管理の代行】**（1−2） **【管理的立場にある保健師等による応援体制の整備】**（1−2）		**【積極的疫学調査】** ・接触者調査が加わり対象者が増大，感染症担当だけでの対応は困難となり，感染症担当の保健師と課内の担当外保健師でペアとなり訪問調査。担当外保健師は疫学調査に不慣れなこともあったためペアとした（2−3）
応援保健師		**【患者調査】**（1−2） **【接触者検診等の結果の整理やカルテ整理】**（1−2） **【感染症担当保健師が求めていることや助けになることをその場の状況から主体的に判断し実施すること】**（1−2） **【次の応援保健師への引継ぎ】**（1−2）		**【連休・土日の電話相談，健康観察】**（2−3，2−4） ・電話相談は輪番で，健康観察対象者は相当数に上り，電話による２人体制で実施（2−3） **【応援者のための準備，応援体制の検討】** ・電話相談マニュアルづくりや説明会を実施。本庁保健師が全体を見通して応援体制を検討（2−4）

は，探知時に管理職等による所内会議を開催し，活動方針・役割分担を検討する体制があったことが，発生当初からの組織的対応を可能にすることに役立っていた。また，事例1－3では，感染症発生時の記録様式と情報提供方法の整備がされていたことが役立っていた。

４）平常時の活動が当該事例に役だったこと（表6－1）

①平常時からの関係機関との連携体制づくり

事例1－1では地域内の感染症発生動向を関係機関へメール送信するなど連携強化を図っていたことや，市内全校が関わる事項について連絡窓口としての役割を担い全校状況のとりまとめなどを行っていたことが，事例1－2では日頃の活動を通した相談関係の構築が，事例1－3では年1回関係機関を集めて，感染症発生時の第一報の方法や対応を説明していたこと等が，事例1－4では学童期の感染症の患者発生時には保健所と教育委員会の間で速やかに連絡を取り合う体制ができていたことが，集団発生の早期探知・早期対応，役割分担による効果効率的な対応に役立っていた。事例1－4では，保健センターが地域内医療機関や学校関係者との連携を図っていたことも役立っていた。

②感染症担当部署と食品衛生担当部署との日頃からの連携

事例1－2では，日頃からの連携に基づき，最初の患者調査を食品衛生係と感染症係が協働して行うことにより，集団食中毒事件であることをいち早く見抜き，感染の拡大を防いでいた。

③関係機関への情報提供ルートの確保

事例1－3では，感染症発生情報として毎週ポスターを作製し，学校等へ配信しており，その情報提供ルートを活かして，迅速に保護者へ発生した感染症の流行状況を伝えていた。

５）活動事例から見出された感染症健康危機管理に関わる保健活動の課題（表7－1）

①流行期の行事における発生時の備え

事例1－1では，複数校による合同行事中の発生であったが，養護教諭が同行していなかったことや，吐物処理等の物品準備がなかったため，適切な吐物処理がなされていなかった。

②大規模校における感染症発生時の対応体制の整備

事例1－1では，感染症集団発生施設が大規模校であり，階によってはトイレ・手洗いに児童が集中してしまうことや，トイレの消毒が十分でないことが明らかになったが，養護教諭1名で校内全体の対応をすることには限界があった。

③組織的な活動体制を構築するための所内での効果的な情報共有

事例1－2では，トップが下した判断の意図や内容を所員に確実に伝える方策の検討が課題であった。事例1－4では，保健所内の各部署同士の連携が課題であった。

④保健所外の他部署や他機関との迅速な情報共有

事例1－3では，管轄外で発生したため，調査や情報提供の重複と不足が生じ，患者や家族への負担ともなっていた。また，移動教室中の発生であったため，教育委員会内の通常の感染症発生時対応部署と異なる部署が初期対応を行わなければな

表5. 保健師の役割や活動体制のターニングポイント

表中の数字は事例番号を示す

一施設に対する活動	新型インフルエンザ発生に関わる活動
■感染者・患者数の増減があった時点 ・有症状者の再燃という状況の変化時（1－1） ・対応期の感染者が少なくなった時点（1－3） ■初動期の調査と情報提供を終えた時点（1－3）	■保健医療圏域内で初の感染者が発生した時（2－1） ■感染症のまん延状況の変化時 ・国内発生期は個別の事例に対応，管内流行期は各施設に対する働きかけ，感染拡大期は施設所管への働きかけと，個から集団への働きかけに変化（2－2） ■国や所在する都道府県の対策や対応が変化した時 ・国等のサーベイランス体制の変更時（2－1） ・国の対策の変更に合わせて活動体制が変化（2－2） ・国や当該都道府県の運用指針や対応方針の改訂時，発熱外来が休止になり一般医療機関診療になった時期（2－3） ・国の対応の変化，対応が変わる度に業務量が増大（2－4） ■ワクチン不足や接種優先順位の情報が流れた時（2－3） ■積極的疫学調査の患者調査後，接触者調査も加わり，調査対象者が増大した時点（2－3）

らなくなり，校長との情報共有にタイムラグを生じる結果となった。事例1－4では，保健センター対象地域における各機関同士の連携，並びに，保健所内の本庁機能を有する各部署，保健センター，保健センター対象地域における各機関間を繋ぐ縦の連携が課題であった。

⑤保健所リーダーのあり方

事例1－2から，リーダーは所内の意見はもとより，本庁や衛生研究所など所外の意見にも耳を傾け，的確な判断を下せることが必要であり，課題であった。

⑥都道府県による報道への情報提供の基準の違い

事例1－3では，都道府県によってプレス発表の基準が異なり，他の都道府県からプレス発表される内容が事前に知らされておらず，対応が遅れた。

⑦他保健所からの応援職員のあり方と効果的な引継ぎ方法の検討

事例1－2では，他所からの応援保健師が毎日交替し，メモを用いて引き継ぎを行っていたが，応援日数や顔を合わせた引継ぎ方法など効果的な応援方法を検討・工夫することが課題であった。

2．新型インフルエンザ発生に関わる保健所保健師の活動

1）保健師の主な役割（表4）

①感染症担当保健師

感染症担当保健師の主な役割には，活動全体を通して【住民への情報提供と相談対応】，【関係機関への情報提供と相談対応】，【課内や所内，本庁内への情報提供】があり，国や都道府県から発信される情報を正確に整理・要約し会議資料を作成したり，わかりやすく伝えたりする役割があった。

海外発生期から国内発生期・管内発生期には，【帰国者の健康観察】，疑いのある者を発熱外来へ紹介するなど【発熱外来へのトリアージ】，【国内・管内発生後の増大する住民・関係機関からの相談への対応】があり，相談内容には学校復帰にあたっての証明書や風評被害に関わる相談など感染者の保護者や学校関係者からの相談もあり，住民以外に教育機関や医療機関，消防署等からの相

表6－1．健康危機への対応経験，並びに，平常時の活動が当該事例に役だったこと―一施設に対する活動事例―

表中の数字は事例番号を示す

	各活動事例の具体的な内容	役だったこと
健康危機への対応経験	・様々な原因が考えられる場合には，探知時に管理職（所長及び関連課長）及び関連係の係長等により所内会議を開催し，活動方針・役割分担を検討する体制が整っていたこと。本活動事例においても当初より２課３係で役割分担ができ組織的な対応ができた。行事会場や給食施設に対し，各施設管轄の係が対応することで現場確認や状況調査も効果効率的にできた（1－1）	探知時に管理職等による所内会議を開催し，活動方針・役割分担を検討する体制があったこと
	・感染症発生時の第一報の様式から日報の様式，情報提供の方法を決めていたこと。対応期にはその方法で状況を把握し対応することができた（1－3）	感染症発生時の記録様式と情報提供方法の整備
平常時の活動	・地域内の感染症発生動向を関係機関へメール送信するなど連携強化を図り，感染症が疑われる事例に際し早期に連絡をする関係ができていたことが早期対応につながった（1－1） ・小学校を統括する教育委員会とも連携がとれており，市内全校が関わる事項については連絡窓口としての役割を担い全校状況のとりまとめなども行っていたこと（1－1） ・本事例探知の契機は，大学から相談が保健所に寄せられたことである。先に，大学で結核患者が発生し，感染症担当保健師が大学の相談にのっていたため，相談しやすい関係性ができていた（1－2） ・年 1 回関係機関を集めて，感染症発生時の第一報の方法や，その後の対応を説明していたことが対応期からは特に役立った（1－3） ・連携体制づくりのために関係機関からの健康教育の求めに応じたり，学校保健委員会への出席をしたりしていた（1－3） ・平常時から，保健所は学童期の感染症の患者発生があれば，速やかに教育委員会へ連絡し教育委員会も学校との連絡を取り合い感染拡大防止に努めてきたこと（1－4） ・保健センターが地域内医療機関や学校関係者との連携を図っていたこと（1－4）	平常時からの関係機関との連携 体制づくり
	・最初の患者調査を食品衛生係と感染症係が協働して行うことにより，集団食中毒事件であることをいち早く見抜き，ただちに営業自粛などの措置を講じることで感染の拡大を防いだ。「O157 が発生したら食品衛生係と感染症係が協働することが当たり前」であった（1－2）	感染症担当部署と食品衛生担当部署との日頃からの連携
	・平常時から，感染症発生情報として毎週ポスターを作製し，学校等へ配信していたこと。その情報提供ルートを使い，迅速に保護者へ感染性胃腸炎の流行状況を伝えることができた（1－3）	関係機関への情報提供ルートの確保

表6－2．健康危機への対応経験，並びに，平常時の活動が当該事例に役だったこと
—新型インフルエンザ発生に関わる活動事例—

表中の数字は事例番号を示す

	各活動事例の具体的な内容	役だったこと
健康危機への対応経験	・様々な原因が考えられる場合には，探知時に管理職及び関連係の係長等により所内会議開催，活動方針・役割分担を検討する体制あり（2－1） ・定例的に所内幹部会が開催されていたこと（2－1）	探知時又は定例的に管理職等による所内会議を開催し，活動方針・役割分担を検討する体制があったこと
	・今までの感染症の集団発生時の流れや経験を活かし，感染拡大期には施設を管轄する部署が情報の集約を行い，管轄部署と協議することで対応（2－2）	感染拡大期における情報の集約部署とその後の対応を決めていたこと
	・感染症担当部署だけではなく，保健所全職員と保健センター保健師で対応したという過去の新感染症への対応経験が，本事例においても即座に体制をつくることに役だった（2－4）	保健所全職員と保健センター保健師で対応した新感染症への対応経験
平常時の活動	・管内感染症連絡会を開催，保健所から感染症発生動向を関係機関へ情報提供，連携強化に努めていた（2－1） ・日頃から相談対応を丁寧に行うよう心がけていたこと（2－1） ・様々な機会を通し，施設内で同様症状者が短期間に複数発生するなど感染症が疑われる場合には保健所へ連絡を欲しい旨伝えてきたこと（2－1） ・教育委員会との連携体制ができていたこと（2－4） ・管轄内保健センターが地区活動を通した地域内施設と感染症対策について相談し合える体制をつくっていたこと（2－4）	平常時からの関係機関との連携体制づくり
	・各係長が参加する所内連絡会が定例化，各係の活動状況，関連情報提供ができる体制あり（2－1） ・課内においては，平常時から配置の少ない感染症係に対し，協力的な体制が整っていたこと（2－1） ・総務グループ，調査グループ，医療・相談グループで動くという初動チームの体制ができていたこと（2－3）	平常時からの所内・所属部署内の協力体制づくり
	・「新型インフルエンザ対策行動計画」「新型インフルエンザ対応マニュアル」「新型インフルエンザ業務対応マニュアル」を作成，病原性は違っていたが，役割分担に沿って協力が得られた。また，マスク等対策に必要な物品も備蓄していた（2－2）	発生前からの新型インフルエンザ対策への取り組み
	・他部署の保健師も普段から相談業務を行っており，Q&A やトリアージの基準を示すことで，電話相談の応援体制を組めた（2－2）	平常時における他部署の保健師の感染症相談業務への関与

表7－1．活動事例から見出された感染症健康危機管理に関わる保健活動の課題—一施設に対する活動事例—

表中の数字は事例番号を示す

各活動事例の具体的な内容	感染症健康危機管理にかかわる保健活動の課題
・行事開催会場（公共施設）での嘔吐に対し，直後の現地調査において，嘔吐場所の隙間等に残渣物が残っていた。養護教諭の同行や吐物処理の物品準備等，流行期の複数施設合同行事における発生時の備えが必要。また，学校側は教育的配慮との狭間で行事への不参加を判断することは難しい状況があった（1－1）	流行期の行事における発生時の備え
・終息しかけたところで再び有症状者が増加，再度の訪問調査により，大規模校でもあり階によってトイレ・手洗いに児童が集中してしまうこと，トイレの消毒が十分でないことが明らかになった。養護教諭 1 名で校内全体の対応には限界があった（1－1）	大規模校における感染症発生時の対応体制の整備
・組織的な活動体制を構築するための所内での効果的な情報共有のあり方，特にトップが下した判断の意図や内容を所員に確実に伝える方策の検討（1－2） ・保健所内の本庁機能を有する各部署同士の連携が課題（1－4）	組織的な活動体制を構築するための所内での効果的な情報共有
・管轄外で発生したため，発生直後の調査を発生地保健所が行い，その情報が整わない中で帰宅後の調査を実施したため，調査や情報提供の重複と不足部分が生じ，患者や家族に負担をかけた。移動教室でそこに校長がいたこと，通常の学校内感染症発生時に対応する教育委員会部署と違う部署が初期対応を行ったことが，校長との情報共有にタイムラグを生じる結果となった（1－3） ・保健センター対象地域における各機関同士の連携が課題（1－4） ・保健所内の本庁機能を有する各部署，保健センター，保健センター対象地域における各機関を繋ぐ縦の連携が課題（1－4）	保健所外の他部署や他機関との迅速な情報共有
・本事例では検便等の行政的対応を広げすぎたのではないかと思われる。接触者検診の範囲については，感染症疫学の専門家による分析が行われたが，行政的対応には反映されなかった。また，食中毒事件でありながら食品衛生係ではなく感染症対策係が主導する体制がとられ，所員が疑問を呈しても修正されることはなかった。所内の意見はもとより，本庁や衛生研究所など所外の意見にも耳を傾け，的確な判断を下せる保健所リーダーのあり方が望まれた（1－2）	保健所リーダーのあり方
・都道府県によってプレス発表の基準が違うため，他の都道府県からプレス発表される内容が事前に知らされておらず，対応が遅れてしまった（1－3）	都道府県による報道への情報提供の基準の違い
・所管保健所の職員が応援職員に具体的な業務を指示している余裕はなく，感染症担当保健師が対策や現状の全体像を説明後，応援職員がその場の状況から相手がやってほしいこと，できていないことを主体的に判断して行動していた。本事例では他所からの応援保健師が毎日交替し，メモを用いて引き継ぎを行っていたが，応援日数や顔を合わせた引継ぎ方法など効果的な応援方法を検討・工夫することが必要（1－2）	他保健所からの応援職員のあり方と効果的な引継ぎ方法の検討

談もあった。また，発熱相談センター対応マニュアルを作成する等【職員や応援保健師による対象者への対応の統一化】，【PCR検査実施に伴う対象者への説明と検体搬送・結果確認】，【PCR検査陽性者への入院勧告・指定医療機関への搬送等を含む患者管理】，【積極的疫学調査と有症状者への受診勧奨，予防薬の配付と服薬指導，感染拡大防止指導】，多様な方法による【予防啓発】があった。

流行期から小康期には，住居と通学・通勤地が異なる感染者も多いことから【他保健所及び関係機関との連絡調整】，市区型保健所では【管内保健センターが円滑にクラスターサーベイランスや，センターで把握できる人々を対象に啓発活動等を実施できるようにすること】，【新型インフルエンザ対応と通常業務を遂行できるための体制整備をすること】があり，体制整備として人員増を上司へ働きかけていた。

②管轄内保健センター保健師の役割（市区型保健所の場合）

管轄内保健センター保健師の主な役割には，【クラスターサーベイランスと感染者・濃厚接触者への対応】，【二次感染の早期発見と保健指導】，【住民の不安に対する情報提供】，【施設関係者が集まる会議の場を活かした啓発活動】，【地域内施設の感染症対策に関わる情報把握】があった。

③感染症担当以外の保健所保健師

感染症担当以外の保健師の主な役割には，感染症担当保健師とのペア訪問による【積極的疫学調査】があり，接触者調査が加わり対象者が増大し，感染症担当保健師のみでの対応が困難となった際に，保健所内の応援体制が組まれていた。

④所外からの応援保健師

所外からの応援保健師の主な役割には，【連休・土日の電話相談・健康観察】があり，当該自治体内の保健所保健師全員が輪番で役割を担うなどしていた。また，【応援者のための準備，応援体制の検討】があり，本庁の保健師が電話相談マニュアルづくりや説明会等，応援者のために準備したり，全体を見渡して応援体制を考え，動く役割を担う等していた。

２）保健師の役割や活動体制のターニングポイント（表５）

ターニングポイントには，保健医療圏域内で初の感染者が発生した時，感染症のまん延状況の変化時，国や所在する都道府県の対策や対応が変化した時，ワクチン不足や接種優先順位の情報が流れた時，積極的疫学調査の患者調査後，接触者調査も加わり，調査対象者が増大した時点があった。

３）これまでの健康危機への対応経験から当該活動事例に役だったこと（表6－2）

事例2－1では，探知時又は定例的に管理職等による所内会議を開催し，活動方針・役割分担を検討する体制があったこと，事例2－2では，感染拡大期における情報集約部署とその部署の対応を決めていたこと，事例2－4では，保健所全職員と保健センター保健師で対応した新感染症への対応経験が，初めて経験する新型インフルエンザへの対応体制づくりに役だっていた。

４）平常時の活動が当該事例に役だったこと（表6－2）

①平常時からの関係機関との連携体制づくり

事例2－1では，管内感染症連絡会を開催，保健所から感染症発生動向を関係機関へ情報提供し，連携強化に努めていたり，日頃から相談対応を丁寧に行うよう心がけていたこと，様々な機会を通し，施設内で感染症が疑われる場合には保健所へ連絡を欲しい旨伝えてきたことが，発生の早期探知・早期対応に役立っていた。事例2－4では，教育委員会との連携体制ができていたことや，管轄内保健センターが地区活動を通して地域内施設と感染症対策について相談し合える体制をつくっていたことが役立っていた。

②平常時からの所内・所属部署内の協力体制づくり

事例2－1では，各係長が参加する所内連絡会が定例化しており，各係の活動状況，関連情報提供ができる体制が整っていたこと，課内においては，平常時から配置の少ない感染症係に対し，協力的な体制が整っていたことが，発生当初から所内・課内の協力を得て役割分担しながら対応することに役立っていた。事例2－3では，初動チームの体制ができていたことが役立っていた。

③発生前からの新型インフルエンザ対策への取り組み

事例2－2では，発生前から「新型インフルエンザ対策行動計画」，「新型インフルエンザ対応マニュアル」，「新型インフルエンザ業務対応マニュアル」を作成しており，病原性は異なったが，役割分担に沿って協力が得られていた。また，対策に必要な物品も備蓄されており，マスクなどは値段

表7－2．活動事例から見出された感染症健康危機管理に関わる保健活動の課題
—新型インフルエンザ発生に関わる活動事例—

表中の数字は事例番号を示す

各活動事例の具体的な内容	感染症健康危機管理にかかわる保健活動の課題
・直接住民対応や関係機関との連絡調整の中心となっている係・担当者が業務に追われ，所内連絡会等に参加できないことも多く情報共有が困難（2－1） ・組織が大きくなるほど，連絡調整が必要となる部署，機関も増え，連絡調整に多くの時間が割かれる。同じ情報が複数の部署から入ることも多く，情報の整理が必要（2－1） ・住民への情報提供は，HP や広報，ケーブルテレビ，学校を通じてのお知らせなど使用したが，テレビや新聞報道からの影響が大きく，偏った情報に翻弄される住民もおり，相談業務も翻弄された（2－2） ・国や当該都道府県からの情報が多く，また，その情報発信窓口が複数あるため，その情報を健康危機対策本部や関係機関へそのまま提供しては，更に混乱を招く恐れがあり，情報の取捨選択や要約を行う必要があった（2－2） ・所内幹部会議（危機管理チーム会議）を感染拡大・大規模流行期に入るまで，毎日１～数回開催し，発生状況の確認，所内体制，役割分担について検討。しかし，国や当該都道府県の運用指針や対応方針が刻々と改訂され，情報管理を円滑に行い，所内対応マニュアルを迅速に改訂，短時間で所内全員に情報の共有を図ることは困難。朝のミーティング，メールや共有フォルダ，ホワイトボードを活用し情報の共有に努めたことは効果的。また，情報管理，関係機関会議や関係機関への情報発信等を企画調整部署が主に担当し役割分担（2－3） ・市，都道府県各々の全体を見て情報の集約と発信ができる窓口，市全体を見据えることのできる保健師や実働部隊を指示する担当，報道対応担当が必要（2－4）	情報共有の一元管理と情報の共有
・平常時からのクラスターサーベイランス，入院サーベイ等の疫学調査用紙の準備（2－4）	積極的疫学調査のための備え
・所内危機管理体制の中で，役割分担を決めておく必要性（2－3） ・健康危機管理体制と平常業務体制の移行期や危機管理のステージ間の移行時期についての検討と迅速な所内周知についての検討（2－3） ・所内の誰でも相談対応できるようにマニュアルの作成（2－3） ・感染症担当外保健師が疫学調査に対応出来るための研修の実施（2－3） ・緊急時の役割分担について平常時に体制をつくり，シミュレーションしておく（2－4） ・新型インフルエンザ以外の感染症業務を並行して実施できる体制。HIV 業務がほとんどできない，結核の業務量が多い（2－4） ・管内各保健センターのとりまとめや本庁との連携における管理職の役割発揮（2－4）	所内体制整備
・平常時におけるマニュアルの定期的な見直しの必要性。特に，保健所の体制が変わった時には必須（2－4）	平常時におけるマニュアルの検証と見直し
・夜間・休日対応，本庁応援等業務が増大する中での人の確保が困難（2－1） ・市区型保健所では，現場対応と自治体内の主導的役割を担って活動をしなければならないため人員不足が生じた。海外発生期から国内発生早期までは，疑い患者が出る度に，現場の調査と搬送を行いながら，健康危機対策本部への連絡や会議の準備を平行して進める必要があった。また，病原性が低かったため，日常業務を継続したまま，新たに新型インフルエンザ対策を実施しなければならなかった。病原性が高ければ通常業務を停止し，全庁をあげて応援体制を構築できるが，病原性が低かったために，通常業務を停止することによる住民へのデメリットが大きく，応援体制は最小限となった（2－2） ・保健所閉庁時の対応，時間外体制の検討（2－3） ・土日の体制づくり，職員（管理職）の夜間対応の補償・対価（2－4） ・国の対応の変化による業務量増大に伴う人員体制の見直し（2－4）	夜間・休日対応，並びに，業務量増大に伴う人員の確保
・刻々と変わる医療体制の周知。文書を出していても周知が行き渡らず混乱（2－1）	体制の変化と関係機関への周知
・管内保健センターへの専門的知識など情報発信や活動の基本形づくり（2－4）	保健所と管内保健センターとの連携体制（市区型保健所の場合）
・管内保健センターおける高齢者等施設や居宅介護支援事業所等を対象とした感染症発生予防活動や発生時対応に関する相談支援（2－4） ・住民に身近な管内各保健センターでの対象地域の地域特性や保健師の工夫を取り入れた活動の展開（2－4）	管轄内保健センターの感染症対策に関わる活動の充実 （市区型保健所の場合）
・マスコミ報道が先行し，国や自治体としての方針が決定する前から住民からの問い合わせが殺到し，対応が困難（2－1） ・住民の不安増強による電話相談に対応できる体制をタイムリーにつくること。経験を活かしたコールセンターの立ち上げ（2－4）	住民の不安増強に伴う相談への対応
・サーベイランスの変更に伴い，集団の中で特定の患者のみ検体採取することで感染源差別が発生し，検体採取を拒否されることあり。また生前の面識なく PCR 検査のみ実施した死亡者家族に情報収集をしなければならないこともあった。倫理面の配慮が重要（2－1） ・本庁の報道提供資料の範囲を原則に関係機関に情報提供。当初は関係機関との間で，報道提供の範囲の認識の違いから混乱をきたした（2－3）	倫理的配慮，個人情報の取扱いについて関係機関とのルールづくり
・市と都道府県の情報共有による住民への一致した対応（2－4） ・障害者や在日外国人への情報提供（2－4） ・市民への迅速な情報提供方法の検討（2－4）	住民への情報提供
・宿泊施設の関係者に「健康監視」のために宿泊者を訪問することへの理解を得ることの難しさ（2－4）	患者・濃厚接触者調査や健康監視への関係者の理解と協力を得ること
・外来受診先と入院先の確保（2－3）	医療体制
・応援を得るために必要なマニュアルや Q&A 作成の時間の確保が困難（2－1） ・応援要請と受け入れの時期，考え方についての検討（2－3）	応援体制づくりの考え方とそのための時間や人員の確保

の高騰した時期に購入する必要がなかった。

④平常時における他部署の保健師の感染症相談業務への関与

事例2－2では，他部署の保健師も普段から感染症相談業務を行っているため，Q＆Aやトリアージの基準を示すことにより，電話相談の応援体制を組むことができていた。

5）活動事例から見出された感染症健康危機管理に関わる保健活動の課題（表7－2）

①情報の一元管理と情報の共有

事例2－1では，直接住民対応や関係機関との連絡調整の中心となっている係・担当者が業務に追われ，所内連絡会等に参加できないことも多く情報共有が困難となった。また，連絡調整が必要となる部署，機関が増え，連絡調整に多くの時間が割かれた。同じ情報が複数の部署から入ることも多く，情報の整理が必要であった。

事例2－2においても，HPや広報，ケーブルテレビなどにより住民への情報提供がなされていたが，テレビや新聞報道からの影響が大きく，偏った情報に翻弄される住民もおり，相談業務に影響していた。また，国や当該都道府県からの情報が多く，また，その情報発信窓口が複数あるため，その情報を健康危機対策本部や関係機関へそのまま提供しても，更に混乱を招く恐れがあり，情報の取捨選択や要約を行う必要があった。

事例2－3では，所内幹部会議を感染拡大・大規模流行期に入るまで，毎日１～数回開催し発生状況の確認，所内体制，役割分担について検討していたが，国や当該都道府県の運用指針や対応方針が刻々と改訂され，情報管理を円滑に行い，所内対応マニュアルを迅速に改訂，短時間で所内全員に情報の共有を図ることが困難となった。このような状況において，朝のミーティング，メールや共有フォルダ，ホワイトボードを活用し情報の共有に努めたことが効果的であった。また，情報管理，関係機関会議や関係機関への情報発信等を企画調整部署が主に担当し役割分担していた。

市区型保健所である事例2－4では，市，都道府県それぞれに全体を見て情報の集約と発信ができる窓口，市全体を見据えることのできる保健師がいること，実働部隊を指示する担当や報道対応担当をおくことの検討が課題であった。

②積極的疫学調査のための備え

事例2－4では，平常時からのクラスターサーベイランス（学校用，社会福祉施設用など），入院サーベイの調査票を作成しておくことが課題として挙げられていた。

③所内体制整備

事例2－3では，所内危機管理体制における役割分担を決めておくこと，健康危機管理体制と平常業務体制の移行期や危機管理のステージ間の移行時期についての検討と迅速な所内周知，所内の誰もが相談対応できるようにマニュアルの作成，平常時に研修等を行い感染症担当外保健師が疫学調査に対応出来るようにしておくことが課題であった。

事例2－4では，緊急時に迅速に役割分担ができるために平常時の体制づくりとシミュレーションの実施が課題として挙げられていた。また，新型インフルエンザ以外の感染症業務を並行して実施できる体制，管轄内各センターのとりまとめと本庁との連携において管理職が役割を発揮することが課題であった。

④平常時におけるマニュアルの検証と見直し

事例2－4では，マニュアルの定期的な見直しが課題として挙げられており，特に，保健所の体制が変わった時には必須とされていた。

⑤夜間・休日対応，並びに，業務量増大に伴う人員の確保

事例2－1では，夜間・休日対応，本庁応援等業務が増大する中での人の確保が困難となっていた。

事例2－2では，市区型保健所であり，現場対応と当該市区内の主導的役割を担って活動をしなければならないため人員不足が生じた。海外発生期から国内発生早期までは，疑い患者が出る度に，現場の調査と搬送を行いながら，健康危機対策本部への連絡や会議の準備を平行して進める必要があった。また，新型インフルエンザの病原性が低かったため，日常業務を継続したまま，新たに新型インフルエンザ対策を実施しなければならなかった。病原性が高ければ通常業務を停止し，全庁をあげて応援体制を構築できるが，病原性が低かったために，通常業務を停止することによる住民へのデメリットが大きく，応援体制は最小限となり，感染症担当部署は新たに業務が増え，人員不足となった。

事例2－3では，保健所閉庁時の対応，時間外体制の検討が，事例2－4では，土日の体制づくり，

職員の夜間対応の補償が課題であった。また，国の対応の変化による業務量増大に伴う人員体制の見直しが課題であった。

⑥体制の変化と関係機関への周知

事例2－1では，文書を出していても周知が行き渡らず混乱し，刻々と変わる医療体制の周知が課題であった。

⑦保健所と管轄内保健センターとの連携体制（市区型保健所の場合）

事例2－4では，センターへの専門的知識など情報発信や活動の基本形づくりが課題であった。

⑧管轄内保健センターの感染症対策に関わる活動の充実（市区型保健所の場合）

事例2－4では，センターにおける高齢者等施設や居宅介護支援事業所等を対象とした感染症発生予防活動や発生時対応に関する相談支援，住民に身近な各センターにおける対象地域の地域特性や保健師の工夫を取り入れた活動の展開が課題であった。

⑨住民の不安増強に伴う相談への対応

事例2－1では，マスコミ報道が先行し，国や自治体としての方針が決定する前から，住民からの問い合わせが殺到し，対応が困難となっていた。

事例2－4では，住民の不安増強による電話相談に対応できる体制をタイムリーにつくることが課題であった。

⑩倫理的配慮，個人情報の取り扱いについて関係機関とのルールづくり

事例2－1では，サーベイランスの変更に伴い，集団の中で特定の患者のみ検体採取することで感染源差別が発生し，検体採取を拒否されるということが生じていた。また生前の面識なくPCR検査のみ実施した死亡者家族に情報収集をしなければならないこともあった。

事例2－3では，本庁の報道提供資料の範囲を原則に関係機関に情報提供していた。当初は関係機関との間で，報道提供の範囲の認識の違いから混乱をきたすということも生じていた。

⑪住民への情報提供

市区型保健所である事例2－4では，市と所在する都道府県の情報共有による住民への一致した対応，並びに，障がい者や在日外国人への情報提供が課題であった。また，住民への迅速な情報提供も課題として挙げられていた。

⑫患者・濃厚接触者調査や健康監視への関係者の理解と協力を得ること

事例2－4では，宿泊施設の関係者に「健康監視」のために宿泊者を訪問することへの理解を得ることが難しかった。

⑬医療体制

事例2－3では，外来受診先と入院先の確保が課題であった。

⑭応援体制づくりの考え方とそのための時間や人員の確保

事例2－1では，他部署への応援，役割分担をするために必要となるマニュアルやQ＆Aを作成するための時間の確保が困難であった。

事例2－3では，応援要請と受け入れの時期，考え方についての検討が課題であった。

Ⅳ．考察

本研究結果から，以下に都市部における健康危機管理の観点から，感染症の集団発生について都市部の特徴と考えられること，応援を含む保健所の活動体制及び感染症担当保健師とそれ以外の保健師の役割のあり方，都市部において重要となる保健活動について述べる。

１．感染症の集団発生について都市部の特徴と考えられること

研究結果の保健師の主な役割，並びに，活動事例から見出された感染症健康危機管理に関わる保健活動の課題から，感染症の集団発生について都市部の特徴と考えられることには，以下の６点があった。

・行事やイベントは大規模になりやすく，感染症がまん延しやすい。

・対象が多く，様々な人々がいる中で，迅速な情報提供が求められる。しかし，保健所等専門機関が，発生している感染症に関する正しい知識や国・都道府県を含めた対策や対応を啓発・情報提供しようとしても，マスコミや周囲の人々から聞いたことに影響を受けやすく，正しく伝わらないばかりか誤った情報が流れやすい。また，隅々まで周知することが難しい。このことよって，人々の間に不安が生じ，人口が多いため，それが伝播して人々の間に蔓延すると，パニックを起こしやすい。

・通常の感染症業務も相当量あり，１つの感染症の集団発生への対応と並行して，通常の感染症業務に対応できる体制も必要となる。しかし，人員

の点から困難も予想される。

・帰国者の健康監視等対象が多い。業務量が膨大となる。

・組織が大きく，また関係機関も多いため，１日に寄せられるメール等の情報量が膨大で，全ての文書や情報を確認・整理しきれずに動かざるを得ないことがある。しかし，情報の取捨選択や要約をして関係部署や関係機関に発信しないと混乱の基となる。

・通学圏や通勤圏など日常的な行動範囲が広く，公共交通機関を使って広範囲で移動している人が多く，大規模な集団発生の場合，住居，職場，医療機関が，異なる保健所管内にある等，複数の保健所と連携する必要性が多々生じる。また，他都道府県をまたがることもあるので，他の都道府県との連絡調整の必要性も生じる。さらに，容易に他都市へ感染拡大する可能性があり，その可能性を察知した場合の対応が必要である。

２．保健所の活動体制

結果から検討した都市部における感染症発生時の保健活動体制を図に示す。

都市部においては，１で述べたように人々の不安が増大しやすく，感染症がまん延しやすいことから，感染症発生の早期探知と早期対応が重要となる。しかし，その一方で，人口が多く，ひとたび感染症が発生すると大規模化しやすいことから，業務は膨大となる。さらに，新型インフルエンザのような経験のない感染症が発生すると，人々の不安はさらに大きくなり，また対策が確立していないために対応方針や対応方法が変化し，それに伴う業務量の増大や寄せられる情報が膨大となる。

このような状況に対応するためには，本研究結果の「これまでの健康危機への対応経験から当該活動事例に役だったこと」及び「平常時の活動が当該事例に役だったこと」からも示唆されているように，健康危機への対応経験に基づく活動体制づくりや平常時の活動体制づくりが重要となる。

１）所内体制

①初動体制

探知時に活動方針・役割分担を決定することにより，発生当初からの組織的対応が可能となる。このためには，第一報受理等探知時に活動方針・役割分担を決定する場が必要であり，集団発生が

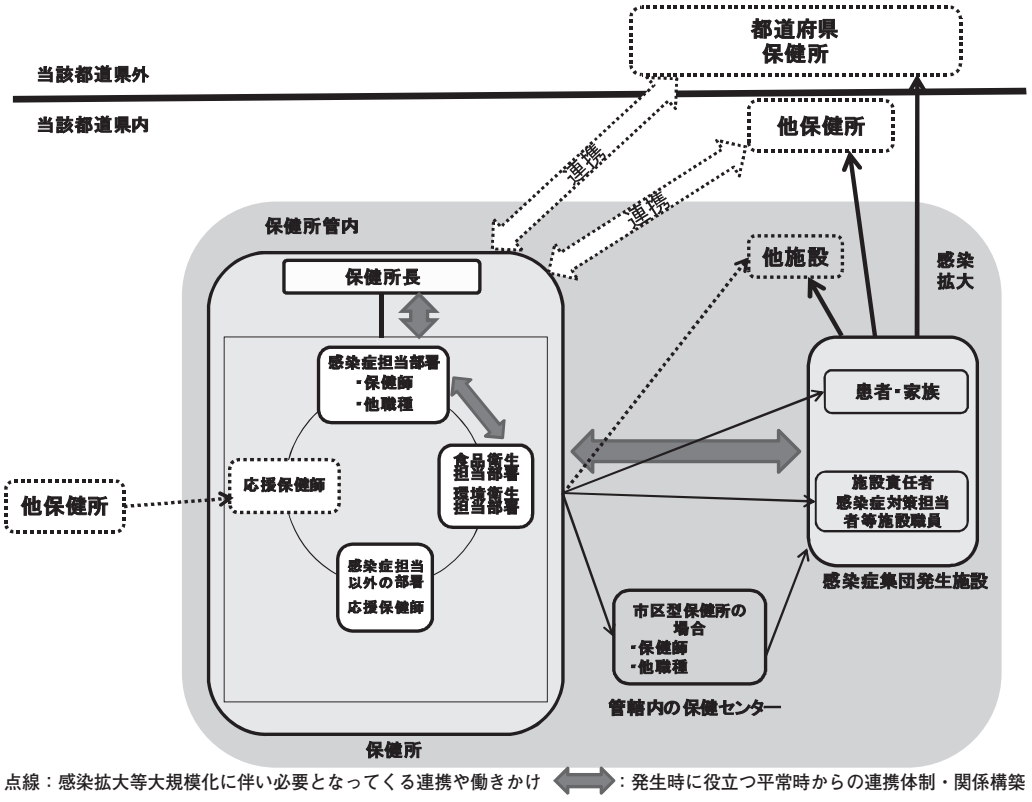

図　都市部における感染症発生時の保健活動体制

疑われる場合や原因不明の場合等には，所長，関係部署の課長・係長級による会議を開催することとしておくことや，平常時から感染症対策行動計画・対応マニュアル・業務マニュアルを作成しておくこと，感染症の発生規模，感染源や感染経路の特徴等に応じて，初動対応においてどの部署のどの職種が主にどのような役割を担うべきか初動対応チームの編成をマニュアルに明文化しておく[16]等初動体制を整えておくことが迅速に対応するために必要である。

②感染症担当部署と衛生担当部署の連携体制

感染性胃腸炎や腸管出血性大腸菌等，食品に由来する感染症の発生頻度は高く，初動時から感染症担当部署と食品衛生担当部署が患者調査等を協働して行うことにより，感染源・感染経路の究明と感染の拡大防止につながる。保健所保健師と食品衛生監視員は情報の共有によって，共同活動の目的とそれぞれが果たすべき役割を常に確認しあうことに加え，常日頃から協働し，協力し合ったり，情報交換を行ったりする[17]ことによって相互理解を深め，連携体制を構築しておくことが必要となる。

③所内・所属部署内における感染症担当職員と担当外職員との協力体制

都市部においては，感染症が発生すると大規模化しやすく，業務量が膨大となることから，所内・所属部署内における感染症担当外職員の協力を得ることは重要となる。平常時から，どのような場合に協力を依頼するのかを予め明確化し，関係者間で合意しておく[17]等協力体制を整えておくことが，例え感染症担当職員の配置が少なくても，発生当初から所内・課内の協力を得て役割分担をしながら迅速・適確に対応できることにつながる。

また，大都市部における感染症発生時には，所内全職員が一丸となって取り組む状況が生じやすいが，患者・接触者数も当然多く，対人支援を担う専門職として所内保健師総動員で疫学調査や相談対応にあたることとなる。よって，平常時に感染症業務に関与していない感染症担当以外の保健師もいざというときには疫学調査や相談対応等の応援ができるように，感染症対応に関する研修等を実施しておく[18]ことが必要となる。

④情報共有のしくみ

感染症発生時には，状況が刻々と変化する。ましてや前述したように経験のない感染症が発生すると，対策が確立していないために対応方針や対応方法が変化し，それに伴って寄せられる情報が膨大となる。

よって，初動時から終息までの毎日，本庁所管課や他機関等からの情報も含めて，その時点で判明していることや今後の見通し，個々の職員の活動状況等について所内の関係職員で情報を共有し，活動方針を統一することが不可欠である[19]。平常時から所長，課長・係長級等が参加する所内会議を定例化し，各課・係の活動状況や情報提供ができる体制を整えておくことや，発生時には関係部署の課長・係長級による会議又は所内の関係職員全員による会議を毎日開催すること，メールや共有フォルダ，ホワイトボードを活用し情報の共有に努めること，情報管理・情報発信担当部署又は者を決めること等が有効であると考える。

２）関係機関との連携体制

①平常時からの関係機関との連携体制づくり

都市部では，特に集団発生の早期探知・早期対応により，関係機関と役割分担をして効果効率的な対応をすることが重要となる。特に，学校や保育所は感染症の集団発生が起こりやすく，これらを所管する教育委員会等の部署との連携体制を確立しておく[20]ことが必要である。地域内の感染症発生動向を関係機関へ随時情報提供することや，感染症対策における学校との連絡窓口となること，日頃の活動を通して相談し合える関係をつくっておくこと，感染症発生時には保健所と教育委員会の間で速やかに連絡を取り合う体制をつくっておくこと等が学校や保育所との連携強化に有効であると考える。また，その他の関係機関に対しても，管内感染症連絡会議の開催等により，感染症発生動向についての関係機関への情報提供や，感染症発生時の第一報の方法や対応を説明しておくこと，また様々な機会を通し，施設内で感染症が疑われる場合には保健所へ連絡するよう伝えておくことにより，保健所に情報が集約されるためのネットワークづくり[21]を行い，感染症発生の早期探知・早期対応につなげることが重要である。

②関係機関への情報提供ルートの確保

平常時から，感染症に関する情報提供の場やルートをつくっておき，感染症発生時に，その情報提供ルートを活かして，迅速に関係者に情報提供できるようにする必要がある。

３．感染症担当保健師とそれ以外の保健師の役割のあり方

①感染症担当保健師

感染症担当保健師として重要な役割は，全体像を把握し，状況変化を早期に探知することや，職員による対象者への対応の統一化を図ること，積極的疫学調査を主導的に実施することである。応援活動の調整役割も考えられるが，これは新型インフルエンザのような経験のない感染症では，患者・接触者が多く，感染症担当保健師の業務が膨大になり余裕がない場合には適当ではなく，所内の管理的立場にある応援保健師等が適当であると考えられた。随時，情報を整理・要約する役割もあるが，感染症発生の規模が大きくなればなるほど，専属で担当することが望ましい業務量となるため，どのような立場や職種の者が担うのが適当であるのか，今後検討が必要である。また，継続的・長期的な視点からの患者管理や，感染症発生施設を所管する機関との連絡調整・連携，感染症発生施設に対する感染拡大防止のための指導や相談対応，感染拡大防止のための体制整備への助言，関係機関との連絡調整や情報提供，相談対応も重要な役割であると考えられた。また，感染疑いのある者や患者が医療を受けやすくするために関係機関へ働きかける役割や，都市部で人が行き来する範囲が広いために感染拡大の可能性がある場合には，他施設や所在する都道府県内外の保健所等他機関へ情報提供する役割もある。

市区型保健所の場合には，管轄内の保健センターの司令塔としての役割や保健センターが円滑に感染症業務を遂行できるための役割を担う必要がある。

②管轄内保健センターの保健師

市区型保健所の場合，管轄内保健センター保健師の役割として，患者・家族への個別支援の役割が重要である。また，感染症発生対応に関わる協力を得るために地域内医療機関へ働きかける役割や，対象地域内住民への予防啓発の役割，地域内施設への啓発活動や感染症対策に関わる地域の情報を把握する役割を担うことが必要となる。

③感染症担当以外の保健所保健師

感染症担当以外の保健所保健師には，患者や接触者が多く，かつ迅速に対応しなければならない場合や，感染症担当保健師の感染症発生に伴う業務が膨大となり，通常業務も含めてやりきれない場合に，第一に応援する役割がある。よって，患者調査や相談対応，積極的疫学調査，感染症担当保健師の通常業務である患者管理の代行，管理的立場にある保健師等による応援体制の整備等の役割を担う必要がある。

④所外からの応援保健師

感染症の場合には，保健所所在の都道府県外からの応援はまず考えられない。所在の都道府県内であっても感染症の拡大規模によっては，どの保健所も同様の状況となり，各保健所が自力で何とかしなければならなくなる。

所外からの応援保健師の役割は，所管保健所の感染症担当保健師が求めていることや助けになることをその場の状況から主体的に判断し実施することや，次の応援保健師へ引継ぎを行い応援活動が円滑に遂行され所管保健所の感染症担当保健師に負担をかけないようにすることである。本庁の保健師等の場合には，応援体制の整備等の役割を担うことが適当である場合も考えられる。

４．都市部において重要となる保健活動

①流行期の行事やイベントへの対応

都市部においては，行事やイベントが大規模になりやすく，感染症が発生するとまん延しやすい。結果の活動事例から見出された感染症健康危機管理に関わる保健活動の課題には「流行期の行事における発生時の備え」や「大規模校における感染症発生時の対応体制の整備」があったが，主催者等に働きかけ，開催それ自体の相談や，発生時に適切な対応がなされるような体制整備の相談に応じること等が保健活動として重要と考えられる。

②感染拡大に伴う他の保健所や複数の保健所，他都道府県との連携体制整備

保健活動の課題には「保健所外の他部署や他機関との迅速な情報共有」があった。住居，職場，医療機関が，異なる保健所管内にある等，都市部では広範囲で移動している人が多く，感染拡大に伴い他の保健所や複数の保健所，他の都道府県と連携する必要性が生じる可能性が高い。それらとの連携方法や連携体制整備，他の保健所管轄地域や他都道府県への感染拡大の可能性を察知した場合の対応が重要である。

また，課題には「都道府県による報道への情報提供の基準の違い」があった。都道府県によってプレス発表の基準が異なるため，事前に情報提供

がなされるよう文書で依頼しておくなど対応にずれや遅れが生じないようにすることが必要である。

③所内における情報の一元管理と情報の共有

保健活動の課題には「組織的な活動体制を構築するための所内での効果的な情報共有」,「情報の一元管理と情報の共有」があった。都市部の保健所及び自治体は組織が大きく，また関係機関も多いため，１日に寄せられる情報量が膨大となり，文書や情報の確認・整理が困難となりやすく，また情報提供や連絡調整が必要となる部署，機関が増え，多くの時間を要する。しかし，同じ情報が複数の部署から入ることも多く，情報の整理が必要であり，情報の取捨選択や要約をして関係部署や関係機関に発信しないと混乱の基となる。また，情報共有のために所内会議を開いても，感染拡大期・流行期には業務に追われ，感染症担当者が参加できな状況が生じたりする。

新型インフルエンザについては初めての経験であり，国や当該都道府県の運用指針や対応方針が刻々と改訂され，情報管理やマニュアルの改訂，所内における情報共有を短時間で行うことに困難が生じていた。

以上のような状況において感染症担当以外の部署との役割分担や窓口・担当者の設置等により所内における情報の一元管理体制を整備することや，会議やメール，共有フォルダ，ホワイトボード等の活用により情報共有の方法を検討しておくことが重要となる。

④業務量増大に伴う人員確保等の体制整備と，発生した感染症の業務と通常の感染症業務との両立

保健活動の課題には「夜間・休日対応，並びに，業務量増大に伴う人員の確保」があった。都市部では感染症が発生すると，感染症の種別にもよるが患者や接触者の数が多く，業務量が膨大となる。また，通常の感染症業務も相当量あり，発生した感染症への対応と並行して，通常の感染症業務に対応できる体制も必要となる。しかし，人員の点から困難も予想される。夜間・休日対応や，応援し合う状況が生じると人の確保がさらに困難となる。また，市区型保健所では，現場対応と市区内の主導的役割を担って活動をしなければならないため人員不足が生じやすい。新型インフルエンザ発生への対応においては，国の対応の変化による業務量増大も人員不足の原因となった。通常業務を縮小し事業を継続していけるための事業継続計画の策定や，長期化が予測される場合には感染症担当部署の人員増等により，業務量増大に伴う体制整備と，発生した感染症の業務と通常の感染症業務との両立体制の整備が必要となる。人口統計と経済状態から保健サービスの需要量を測定する指標なども開発されている[22]が，感染症集団発生事例への経験と人口や住民の特徴等から感染症集団発生時の業務量を算定し，体制を検討しておくことが，感染者数とともに業務量が膨大になりやすい都市部では，特に重要であると考えられる。

また，保健活動の課題には「他保健所からの応援職員のあり方と効果的な引継ぎ方法の検討」,「応援体制づくりの考え方とそのための時間や人員の確保」があった。応援要請と受け入れの時期，考え方について検討しておくことが必要である。

⑤感染症発生状況や感染症対応体制の変化に伴う関係機関や住民への情報提供

保健活動の課題には「住民への情報提供」,「体制の変化と関係機関への周知」があった。都市部で感染症が発生した場合には，対象が多く，様々な人々がいる中で，迅速な情報提供が求められ，また，情報提供を要する関係機関も多い。

新型インフルエンザ発生への対応においては，文書を出していても刻々と変わる医療体制の周知が行き渡らず混乱したが，感染症対応体制の変化に伴う関係機関への情報提供が重要となる。

また，障がい者や在日外国人への情報提供方法や，課題には「保健所と管轄内保健センターとの連携体制」があったが市区型保健所の場合には，市と所在する都道府県の情報共有による住民への一致した対応方法，住民への迅速な情報提供方法を検討しておくことが必要である。ホームレスの結核対策については，地方保健部局（日本でいえば都道府県保健部局）と地域内高度看護専門職，看護系大学の教員及び学生との協働による取り組みの報告[23]があり，今後は，平常時から保健所単位あるいは都道府県単位で感染症健康危機管理のための看護系人材の組織化を図り，障がい者や在日外国人を含む住民への迅速な情報提供等において協働できる体制づくりも一案として考えられる。

⑥住民の不安増強に伴う相談への対応と倫理的配慮

保健活動の課題には「住民の不安増強に伴う相談への対応」があった。都市部では，人口が多い

ため，人々の間に不安が蔓延するとパニックが起きやすい。また，マスコミの影響により関心や不安が増大すると，問い合わせや相談が殺到し対応が困難となる。偏った情報に翻弄される住民も出てきて，相談業務に影響を与える。このような住民の不安増強による電話相談に対応できる体制を，アウトソーシング等も含めて検討しタイムリーに整えることが重要である。

また，課題には「倫理的配慮，個人情報の取り扱いについて関係機関とのルールづくり」があったが，新型インフルエンザのような新興感染症については病原性や感染経路等解明されていないことが多く，人々の不安はさらに増大しやすい。その結果，偏見や差別，風評被害が生じやすい。さらに，関係機関との間で，個人情報の取扱い等に関する認識の違いにより，報道提供の範囲が異なると混乱をきたす。倫理的配慮と個人情報の取り扱いについて関係機関とのルールづくりをしておくことが必要である。

V．おわりに

本研究により，都市部における感染症健康危機管理における保健活動の課題が明らかになり，課題に対する対策への示唆が得られた。一つひとつの活動事例を詳細に振り返り，その成果と課題を検討し積み上げていくことによって，今後起こりうる様々な感染症に対する地域における健康危機管理につなげていくことができると考える。

今後は，感染症集団発生規模の別や，既知の感染症と未知の感染症の別による都市部の感染症健康危機管理における保健活動について追求していく必要がある。

（本研究は，平成21年度厚生労働科学研究費補助金　健康安全・危機管理対策総合研究事業による研究の一部である）

文　献

1）厚生労働省　地域保健対策検討会：地域保健対策検討会　中間報告　平成17年5月23日；6, 2005.
2）前掲書1）;14.
3）西村秀一：地域のパンデミックプランニング第19回　大都市を考える（その1）大都市の特性に合わせたプランと母船方式・地域割りのアイデア，インフルエンザ，10(2)；75－81, 2009.
4）大澤真奈美，小池亜紀子，櫻山豊夫，山口佳子，森仁実，鈴木久美子，春山早苗：平常時における感染症対策に関わる保健所保健師の活動実態（第1報），日本公衆衛生雑誌，55(10)；336，2008.
5）工藤奈織美，塚本友栄，鈴木久美子，春山早苗，青木さぎ里，小池亜紀子，舟迫香，山口佳子，大澤真奈美，森仁実，櫻山豊夫：平常時における感染症対策に関わる保健所保健師の活動実態（第2報），日本公衆衛生雑誌，55(10)；336，2008.
6）櫻山豊夫，工藤奈織美，塚本友栄，鈴木久美子，春山早苗，青木さぎ里，小池亜紀子，舟迫香，山口佳子，大澤真奈美，森仁実：平常時における感染症対策に関わる保健所保健師の活動実態（第3報），日本公衆衛生雑誌，55(10)；337，2008.
7）山口佳子，大澤真奈美，森仁実，小池亜紀子，櫻山豊夫，鈴木久美子，工藤奈織美，塚本友栄，舟迫香，青木さぎ里，春山早苗：平常時における感染症対策に関わる保健所保健師の活動実態（第4報），日本公衆衛生雑誌，55(10)：337，2008.
8）春山早苗，鈴木久美子，小池亜紀子，山口佳子，大澤真奈美，森仁実，櫻山豊夫，塚本友栄，工藤奈織美，小川貴子，舟迫香，青木さぎ里：感染症対策における平常時の保健所保健師活動ガイドライン，厚生労働科学研究費補助金　健康安全・危機管理対策総合研究事業「結核・感染症の発生に備えた保健所保健師の平常時体制づくり並びに現任教育プログラムの開発に関する研究」平成19～20年度総合研究報告書；1－41，2009.
9）春山早苗，工藤奈織美，小川貴子，舟迫香：感染症予防のための保健所保健師活動ガイドライン，厚生労働科学研究費補助金　健康安全・危機管理対策総合研究事業「結核・感染症の発生に備えた保健所保健師の平常時体制づくり並びに現任教育プログラムの開発に関する研究」平成20年度総括・分担研究報告書；9－16，2009.
10）小池亜紀子，工藤奈織美，小川貴子，舟迫香：感染症の早期発見のための保健所保健師活動ガイドライン，厚生労働科学研究費補助

金　健康安全・危機管理対策総合研究事業「結核・感染症の発生に備えた保健所保健師の平常時体制づくり並びに現任教育プログラムの開発に関する研究」平成20年度総括・分担研究報告書：17－18，2009.
11）山口佳子，河西あかね，堀裕美子：感染症発生時に備えた保健所内外の体制づくりのための保健所保健師活動ガイドライン１，厚生労働科学研究費補助金　健康安全・危機管理対策総合研究事業「結核・感染症の発生に備えた保健所保健師の平常時体制づくり並びに現任教育プログラムの開発に関する研究」平成20年度総括・分担研究報告書；19－25，2009.
12）大澤真奈美，天田静子，宮前真由実，長谷川喜代美：感染症発生時に備えた保健所内外の体制づくりのための保健所保健師活動ガイドライン2，厚生労働科学研究費補助金　健康安全・危機管理対策総合研究事業「結核・感染症の発生に備えた保健所保健師の平常時体制づくり並びに現任教育プログラムの開発に関する研究」平成20年度総括・分担研究報告書；27－30，2009.
13）櫻山豊夫，石井浩子，高橋祥子，井上愛子：新型インフルエンザ対策に関わる保健所保健師の基本的な活動指針，厚生労働科学研究費補助金　健康安全・危機管理対策総合研究事業「結核・感染症の発生に備えた保健所保健師の平常時体制づくり並びに現任教育プログラムの開発に関する研究」平成20年度総括・分担研究報告書；31－33，2009.
14）A.Bushy：PART I　FOUNDATIONS OF RURAL NURSING, 2.Definitions of Rural and Their Implications, Orientation to nursing in the rural community, Sage Publications(California),17－28, 2000.
15）「伝染性発生特殊事例報告について」，昭和45年４月14日厚生省公衆衛生局長通知，1970.
16）前掲書８）；20.
17）前掲書８）；23.
18）前掲書８）；24.
19）前掲書８）；21.
20）前掲書８）；26.
21）前掲書８）；15.
22）Burns N., Carney K., Slinkman C.:Development of the Rural－Urban Demand Indicator(RUDI), Research in Nursing & Health, 21, 453－466, 1998.
23）Mayo K., White S., Oates K.S., Franklin F.:Community Collaboration:Prevention and Control of Tuberculosis in a Homeless Shelter, Public Health Nursing,13(2),120－127, 1996.

報　告

新生児集中治療室（NICU）の新人教育における技術到達度評価

樋貝繁香[1)]・中島登美子[1)]・石田寿子[1)]
小西克恵[3)]・天谷恵美子[2)]・大海佳子[2)]

Evaluation for achievement of nursing practice of education of novice nurse's in NICU

Shigeka HIGAI[1)], Tomiko NAKAJIMA[1)], Hisako ISHIDA[1)],
Katsue KONISHI[3)], Emiko AMAGAI[2)], Keiko OHMI[2)]

抄録：新生児集中治療室（Neonatal intensive care unit：NICU）の新人教育における技術到達度評価の現状と課題を明らかにする目的で，13名の新人看護師の技術到達度と，3名のプリセプターへの面接から技術到達度の解釈を行った。その結果，技術到達度が早かった技術は，手順を確認しながら手技を習得する日常生活援助技術であり，プリセプターがモデルとして技術を示すことで技術到達していた。技術到達度に開きのあった技術は，子どもの状態や発達に適した技術であった。安全に関する技術は，日常生活援助技術に加え，子どもの状態や発達に適した技術を習得した後に到達していた。

これらから，新人看護師はモデルとするプリセプターと共に，自己学習を踏まえながら早い時期に習得できる技術から，より複雑な技術へと水準を上げて技術を習得すること，プリセプターは子どもの個別性や状態の判断を求め，その子どもに適した技術の意味づけをすることで，技術が積み重なったと考える。そして，安全に関する技術は，日常生活援助技術，子どもの状態や発達に適した技術を積み重ね到達するため，プリセプターに加え病棟全体で関わっていくことが必要である。

キーワード：NICU，技術到達度評価，新人教育，プリセプター
Key words：NICU, evaluation for achievement of nursing practice, education of newly graduate nurses, preceptor

[1)] 自治医科大学看護学部
[2)] 自治医科大学附属病院
[3)] 元自治医科大学附属病院
[1)] Jichi Medical University, School of Nursing
[2)] Jichi Medical University Hospital
[3)] Former Jichi Medical University Hospital

Ⅰ．はじめに

近年，医療の進歩に伴う医療技術の複雑化や，医療費削減などを背景に在院日数が短縮化され看護業務の多様化するなかで，新人看護師の臨床実践能力の向上が求められている。看護基礎教育では，学生が身体侵襲を伴う看護技術を実施できる範囲が限られており，新人看護師は，就職後，基礎教育と臨床とのギャップが生じ，このギャップが離職の一つの要因となっている[1]。新人看護師のリアリティショックの緩和，職場適応，学生から社会人への役割移行を目指して[2]，わが国の約8割以上の施設でプリセプターシップを導入[3]し，新人教育を行っている。

新生児集中治療室（Neonatal intensive care unit：以下，NICUとする）では，新生児医療の進歩による高度医療に加え，NICUの環境や痛みを伴う治療などによる発達への影響[4]を及ぼさないようにケアを行う必要がある。そのため，子どもの反応から状況を読み取り，子どもの状況にあわせたケアを行うことが重要である。NICUに就職した新人看護師は，就職後にはじめて専門的な新生児医療や看護について学ぶこととなる。また，成長発達を続ける子どもへのケアは，発達に沿ったケアが必要とされるため，ケア技術習得に困難を要する[5]。新人看護師は日常生活援助技術を習得後，1人の子どもとして捉えるようになるため，技術の習得が臨床実践能力の基盤であると言える。技術とは科学的裏づけのある方法，技能とは訓練や経験により習得した能力をいう[6]。永井[7]は，技能には運動的技能と知的技能があり，運動的技能の割合が多い技術から知的技能の割合が多い技術へと段階的に指導をすすめるような計画が必要であるという。プリセプターは，新人看護師の看護技術の体験の有無や習得状況にあわせながら，技術を体験させることが求められるが，臨床では，技術到達評価で求められている方法に技術評価表（以下，チェックリストとする）がある。チェックリストは，自己評価を行った後に客観的に他者評価を行い，技術習得度を評価できるものである。NICUにおいてもチェックリストを活用し，新人看護師の技術習得度の評価を行っているが，技術評価が新人教育にどのように生かされているのかは明確ではない。本研究は，NICUの新人教育における技術到達度評価の現状と課題を明らかにすることを目的とし，新人教育への示唆を得ることに繋がると考える。

Ⅱ．研究目的

NICUの新人教育における技術到達度の評価の現状と課題を明らかにする。

Ⅲ．研究方法

1）調査施設の概要

調査施設は，関東にあるA大学附属病院NICUである。以下に，技術到達度評価に関連するA大学附属病院NICUの新人教育，チェックリストの概要について記す。

⑴新人教育の状況

新人看護師の入職後，約4か月までの技術評価はプリセプターが行っていた。NICUでの技術評価は，主にその日の勤務でリーダー業務を行っている看護師などプリセプター以外の看護師も評価を行っていた。新人看護師は，プリセプターやプリセプター以外の看護師からチェックリストに評価をもらうまでは，2年目以降の看護師と一緒に技術を行い，単独では実施していなかった。

⑵チェックリストの構成

チェックリストはNICUとGCUに共通する技術と（以下，NICU・GCUに共通する技術とする）NICUに特有な技術があり，大項目と小項目で構成されていた（表1）。また，それぞれの小項目は，1年目で到達を目指す技術と2年目で到達を目指す技術で構成されていた。

以下，大項目‘　’，小項目“　”で示す。

①NICU・GCUに共通する技術

NICU・GCUに共通する技術の大項目は，新人看護職員臨床実践能力の向上に関する検討会にて，呈示されている13の技術項目に‘新生児’の項目を加えた14項目である。また，小項目はA大学附属病院NICUで独自に作成したものであった。

②NICUに特有な技術

NICUに特有な技術は，12の大項目で構成されていた。大項目は‘クベース交換’，‘サーファクタント注入’などNICUに特有な技術や‘気管内洗浄’，‘予定抜管’など高度な技術であった。大項目及び小項目は，A大学附属病院NICUで独自に作成したものであった。

本研究では，NICU・GCUに共通する1年目に習得を目指す技術を用いて，大項目の中の小項目について述べる。なお，NICUに特有な技術は，専

門的な技術であること，異動時期に個人差があることから分析には加えない。

２）研究参加者

対象は，A大学付属病院NICUに配属された新人看護師13名とプリセプター3名である。

所属部署における新人看護師のローテーションは，継続保育室（Growing care unit：以下GCUとする）を経て，入職後3か月から11か月，平均5.8か月にNICUに異動していた。プリセプターは，NICUでの臨床経験が3～4年目の看護師であった。

３）データ収集方法

⑴データ収集は，2008～2009年度にA大学付属病院NICUにおいて新人教育に使用したチェックリストを用いた。チェックリストに記載された技術評価日は技術習得した日であるため，これを到達日とした。技術到達に要した日数の換算は，新人看護師が入職した4月1日から経過した日を用いた。

⑵技術到達度の解釈をするため，研究参加者の中から3名のプリセプターにインタビューを実施した。プリセプターの経験年数は，4年目1名，5年目2名であり，面接時間は20分程度，面接場所はNICUの個室を使用した。インタビュー内容は，新人看護師による技術到達時期の違いについて，評価するときに大切にしていること，チェックリストを実際に使用して感じていることや考えていることについて面接者1名がインタビューを実施した。インタビュー内容は，参加者の同意を得てICレコーダーにて録音した。

４）データ分析

表1．チェックリストの構成

	大項目	小項目（数）
NICU・GCU に共通する技術	1．環境調整技術	9
	2．食事援助技術	13
	3．排泄援助技術	13
	4．活動・休息援助技術	10
	5．清潔・衣生活援助技術	12
	6．呼吸・循環を整える技術	31
	7．創傷管理技術	7
	8．与薬の技術	42
	9．救命救急処置技術	18
	10．症状・生体機能管理技術	27
	11．苦痛緩和安楽確保技術	4
	12．感染防止の技術	7
	13．安全確保の技術	7
	14．新生児	43
NICU に特有な技術	1．クベース交換	35
	2．閉鎖式サクション	34
	3．開放式サクション	26
	4．用手換気	15
	5．サーファクタント注入	19
	6．挿管	27
	7．風袋での体重測定	15
	8．痰培	15
	9．気管内洗浄	8
	10．気管チューブ貼り替え	28
	11．予定抜管	34
	12．輸血	31

技術到達度は，記述統計を行った。面接データは，新人看護師の技術到達度が早い技術と技術到達度の標準偏差（SD）に開きがある技術（以下，開きがある技術とする）の背景，技術評価における基盤となる考え等について参加者毎，および参加者間のデータを帰納的に分析した。分析の過程では，研究者間で検討しながら行った。

５）倫理的配慮

研究への参加は，自由意思であり途中での協力の取り消しも可能であり不利益を被ることはないこと，データは個人が特定されないようにし，論文として公表するが，本研究以外で使用しないことを文章と口頭で説明を行い，同意を得た上で行った。

Ⅳ．結果

早い時期に到達した技術と技術到達に開きがみられた技術があった。以下で，技術到達度の違いについて結果を述べる。

１）技術到達度の違い

⑴技術到達度が早い技術

13名の新人看護師は“児に適した拭き方，当て方でおむつ交換ができる”55.4（±14.3）日，“排気ができる”，59.6（±13.7）日“安全に抱くことができる”59.9（±13.4）日など11項目の到達度は，就職後3か月までの早い時期に技術到達していた（表2）。

プリセプターは，毎日，複数回実施する日常生活援助技術から到達を目指して指導を行い，モデルとして技術を示していた。

「一日のなかでも，何回かやる項目は，毎日のことなので，できてほしい項目。早めに取得してほしいと思っているので」

「日常生活の中でメインにやっているのは，おむつとか，清潔ケアとか食事ケアになるんですけど。最初は，赤ちゃんに触ることも緊張していて，あの子たち（新人看護師）がこれ（ケア）を見てる。」

⑵技術到達度に開きがある技術

技術到達度に開きがあった技術は，“患児に適した乳首が選択できる”88.8（±65.3）日，“未挿管児の安全な体位変換ができる84.4（±54.9）日”，“必要性を判断し口鼻腔サクションができる”227.6（±48.3）日などであり，子どもの状態や発達を理解し，子どもにあわせた物品の選択や技術が求められるものであった（表2）。

プリセプターは，技術到達度に開きがある理由として，子どもの状態や発達にあわせた判断ができるよう，子どもを理解することを指導の基盤にしていたことをあげていた。プリセプターは，子どもからの訴えがないため，子どもの状態の把握は，看護師が観察することで子どもの状態把握を行わなければならない。しかし，新人看護師は，子どもの反応から状態や発達を把握することが難しく，目の前の子どもを見ている状況であった。そのため，プリセプターが一緒にケアを行ながら，様々な子どもの反応を読み取り，子どもにあわせた技術の意味づけをしていた。

そして，プリセプターは，チェックリストについて，新人看護師の技術到達の指標であり，プリセプターと新人看護師のコミュニケーションのひとつでもあると捉え，新人看護師の技術到達を確認しながら指導を行っていた。その一方で，プリセプターはチェックリストの評価基準が評価者に委ねられていることによる戸惑いがあり，評価基準を求めていた。

「（子どもの）訴えがないから私たちが全部みて，触ったり，観察したりで，把握していかなきゃならない。新人さんは，最初，目の前の赤ちゃんだけ見てて，赤ちゃんの全てはみれてない。同じ子だけでは，その子の特徴しか分からないから，いろんな赤ちゃんでおなじようにケアをしてみて。いろいろ反応も違うし」

「ここができているんだねとか，まだここができてないんだねとか，（チェックリストは）1年生と私たちのコミュニケーションの確認にもなっている」

「これ（チェックリスト）が，例えばこういうことができていれば丸とするとか。項目が具体的になったほうが分かりやすいし，説明しやすい」

⑶安全に関する技術到達度

複数の技術を必要とする授乳を例にあげて説明する。授乳には‘食事援助技術’から‘排泄の援助技術’，‘安全確保の技術’，‘感染防止の技術’，

‘活動・休息の技術’と多様な技術が求められた。最初に到達した技術は日常生活援助技術であり，“児に適した拭き方，当て方でおむつ交換ができる”55.4（±14.3）日，“安全に児をだくことができる”59.9（±13.4）日，“排気ができる”59.6（±13.7）日であり，技術到達度の個人差が少なく，就職後3か月以内に到達していた。次に到達した技術は，子どもの状態や発達にあわせることが求められる“患児に適した乳首が選択できる”88.8（±65.3）日，“哺乳後の体位が選択できる”74.1（±42.4）日であった。これらは，就職後3か月前後で到達していたが，標準偏差（SD）が大きく，技術到達度に開きがあった。最後に到達した技術は，安全に関する技術であるが，“患者確認はフルネーム・ネームバンド・IDで確認できる”129.1（±92.4）日，“ゴージョの使用タイミングがわかる”109.7（±87.2）日と標準偏差（SD）が大きく，技術到達度に開きがみられた（表3）。

表2．NICU・GCUに共通する技術の到達度

大項目	小項目	n	到達日（±SD）
2．食事援助技術	経管栄養：胃内確認音が聴取できる	13	62.1（±12.7）
	排気ができる	12	59.6（±13.7）
	児に適した経鼻チューブの固定方法が分かる	13	60.1（±18.0）
	哺乳後の体位が選択できる	12	74.1（±42.4）
	患児に適した乳首が選択できる	11	88.8（±65.3）
	経管栄養：患児に適した注入時間がわかる	13	106.9（±65.3）
	直母乳の開始基準が言え，介助ができる	9	126.7（±75.4）
3．排泄援助技術	肛門刺激の必要性が分かり安全に実施できる	12	65.3（±13.9）
	児に適した拭き方，当て方でおむつ交換ができる	13	55.4（±14.3）
4．活動・休息援助技術	安全に児を抱くことができる	13	59.9（±13.4）
	未挿管児の安全な体位交換ができる	12	84.4（±54.9）
	一般的な入眠への援助ができる	11	115.6（±68.0）
5．清潔・衣生活援助技術	沐浴開始基準が分かる	12	65.2（±12.0）
	未挿管児の沐浴：全身状態を観察できる	12	64.8（±12.3）
	未挿管児の沐浴介助ができる	12	65.7（±12.7）
6．呼吸・循環を整える技術	吸引：必要性を判断し口鼻腔サクションができる	9	227.6（±48.3）
	吸引：口腔・鼻腔内吸引に必要な物品がわかる	11	209.4（±49.7）
	吸引：肺音が評価できる	10	220.2（±56.5）
	吸引：吸引物の観察ができ，アセスメントできる	8	216.6（±58.0）
	体温調節：直腸温から腋下温への移行切り替えが判断できる	11	127.1（±68.1）
	体温調節：体温に合わせたクベース温度管理ができる	11	125.6（±69.7）
	体温調節：低体温（コット収容児）の対応ができる	10	133.2（±70.4）
10．症状・生体機能管理技術	呼吸の観察ができる（回数，深さ，リズム）	13	58.6（±12.8）
	体温を測定できる（腋下，直腸）	13	61.6（±16.6）
	必要時は肺音を聴取することができる	12	77.5（±41.0）
	心雑音がわかる	12	98.5（±58.5）
	バイタルサインの示す値をアセスメントできる	12	130.3（±101.6）
13．安全確保の技術	患者確認はフルネーム・ネームバンド・ID で確認できる	13	129.1（±92.4）
	指差し呼称の実施ができる	13	137.2（±112.3）

註１）到達日の数値は平均を表す
註２）小項目の中から主要なものを抜粋した

プリセプターは，授乳前のおむつ交換から感染対策，子どもにあわせたミルク量の確認など授乳に必要である全ての技術指導を行っていた。しかし，安全に関する技術は，プリセプターが主に技術評価を行っていた新人看護師の就職後3か月の間での到達は難しく，病棟全体の看護師が関わっていた。新人看護師は，日常生活援助技術から子どもに適した技術が到達後，安全に関する技術が到達していた。また，プリセプターは，新人看護師がケアを通して，子どもが理解できるようになると，これまでの子どもの経緯，さらには今後の経過の予測から状況判断ができるようになっていたと捉えていた。

「ミルクを飲む時間になって，おむつ交換，ゴージョーのタイミングとか，パソコンで（ミルク）量とその子の名前を確認して，本人のところで名前を確認しているか，すべて見て判断はします」

「できるケアも増えた頃は，自分で判断。今この子はこういう状態だから違う子からケアした方がいいとか，優先順位とか。徐々に，この子はこういう経過で今に至る，とか，今こんな状態だからこんな可能性もあるよねって」

V．考察

NICUの新人看護師の技術到達度は，早い時期に到達するものと到達度に個人差があるものがあり，その上に安全に関する技術が到達するという3つの水準があり，技術到達度に相違があった。

永井[8] は，技能には運動的技能と知的技能があり，運動的技能は，その方法やコツを教えるものであり，プリセプターがモデルを示すことで効果があがるという。本研究では，早い時期に技術到達している項目は，新人看護師が毎日の勤務で何度も経験する日常生活援助技術であり，手順を確認しながら，体を動かすことで習得しやすい運動的技能[9] であった。

一方，技術到達度に開きがあった技術は，子どもの状態に適した技能であった。永井[10] は情報を収集したり，収集した情報を分析し判断する技術は，知的技能の割合が高い技術であるという。看護実践は，対象を理解し，対象にあわせたケアを行う。つまり，子どもの反応から発達や身体的な状態を読み取ることは，子どもを理解することであり，看護実践のベースである。しかし，NICUでは，子どもの発達の違いや状態の変化の早さから，子どもの反応は捉えづらく，新人看護師の技術到達に開きがあった要因の一つと考える。新人看護師が技術到達するためには，プリセプターが新人看護師に対して子どもの個別性や状態の判断を求め，子どもに適した技術の意味づけが重要であると考える。

本研究では，基本的な技術である日常生活援助技術，子どもに適した技術を積み重ねた後，安全に関する技術が到達していた。安全は，子どもが安全にケアを受けられるだけでなく，看護師自身も安全にケアが提供できるよう配慮しなければならない。そのため，予測を伴う状況判断が求められる。本研究のプリセプターは，新人看護師が子どもが理解できるようになると子どもの経緯や今後の経過まで考えられるようになっていたと捉えていた。新人看護師が状況判断を行えるためには，子どもを理解することを基盤にしながら，日常生活援助技術に加え，子どもの状態や発達に適した技術を積み重ねることが必要となる。つまり，基本的な技術到達度を積み重ね，安全に関する技術が行えると考える。永田ら[11] は，新人看護師は専

表3．安全に関する技術が到達するまでに要する技術の到達度

（例：授乳）

技術	該当する大項目	該当する小項目	n	到達日（±SD）
オムツ交換	3．排泄援助技術	児に適した拭き方，当て方でおむつ交換ができる	13	55.4（±14.3）
排気	2．食事援助技術	排気ができる	12	59.6（±13.7）
抱っこ	4．活動・休息援助技術	安全に児を抱くことができる	13	59.9（±13.4）
体位	2．食事援助技術	哺乳後の体位が選択できる	12	74.1（±42.4）
乳首の準備	2．食事援助技術	患児に適した乳首が選択できる	11	88.8（±65.3）
手指消毒	12．感染防止の技術	ゴージョの使用タイミングがわかる	13	109.7（±87.2）
安全確認	13．安全確保の技術	患者確認はフルネーム・ネームバンド・ID で確認できる	13	129.1（±92.4）

註１）到達日の数値は平均を表す

門知識や経験不足による予測ができず危険性を誘発することがあるという。安全や感染防止は予測をすることで予防が行える。しかし，子どもの状況が多様な中，新人看護師が日々の業務の中で意識づけ実践できるようになるには，プリセプターに加え病棟全体の看護師が関わることが必要となる。

これらから，新人看護師が技術到達するためには，プリセプターが新人看護師に対して様々な子どものケアを行い，子どもの個別性や状態の判断を求め，その子どもに適した技術の意味づけをすることで，技術が積み重なり技術水準が向上すると考える。川名[12]は，熟練した技術の特徴として，看護師が他者の優れたわざを習得すると，その技術は意識化されなくなるという。これは，技能の習得過程は意識的に行われるが，習得した意味づけを行わないと習得したことが積み重ならないことを示唆する。そのため，新人看護師の技術評価は他者評価を加え，習得した技術を意識的に意味づけることが技能を積み重ねることにつながると考える。

一方，プリセプターが新人看護師の技術到達度の評価に戸惑った要因として，チェックリストの評価基準が明確にされていないことがあった。しかし，プリセプターが行っていた技術評価は，技術を実施した新人看護師の技能であり，受け持つ子どもの状態により，異なることが考えられ，チェックリストに示す内容には限度が生じ得る。そのため，チェックリストの活用目的を，評価の手引きとして用いるのか，手順書とするのか等，目指す方向を検討することが必要である。NICUにおいては，子どもの発達に適した看護実践を目指しデベロップメンタルケアを行っている。そのため，技術評価の項目は，デベロップメンタルケアから導き出すことが望ましい。すなわち，ディベロップメンタルケアを基盤に据えて，技術の到達水準に基づいた評価項目を配置することで，技術到達の目指す方向性が明瞭となり，新人看護師の技術教育に生かされると考える。

三輪ら[13]は，新人看護師は，職場適応と看護技術への自信の程度と関連があったという。これは，新人看護師が実施できる技術が増え，自信を持つことで，時間にも気持にも余裕がうまれるといえる。そのため，新人看護師はモデルとするプリセプターと共に，自己学習を踏まえながら早い時期に習得できる技術から，より複雑な技術へと水準を上げて技能を習得すること，プリセプターは新人看護師の進度にあわせた指導を行うことが必要であり，それらが新人看護師の職場適応を支えることにつながると考える。

Ⅵ．結論

NICUの新人教育における技術到達度の評価の現状を明らかにする目的で，調査した結果，以下のことが明らかとなった。

1）技術到達度が早かった技術は，手順を確認しながら手技を習得する日常生活援助技術であった。そのため，プリセプターがモデルとして技術を示すことで到達していた。

2）技術到達度に開きのあった技術は，子どもの状態や発達に適した技術であった。この技術は，プリセプターが子どもを理解するための指導を行うことで到達していた。

3）安全に関する技術は，日常生活援助技術に加え，子どもの状態や発達に適した技術を習得した後に到達しており，プリセプターだけではなく，病棟全体で新人看護師に関わっていた。

謝　辞

本研究に快くご協力いただきました研究参加者の皆様に感謝申し上げます。

引用文献

1）病院勤務の常勤新卒看護職の離職率．日本看護協会ホームページwww.nurse.or.jp/kakuho/pc/pdf/goal1.pdf　2010.10.28.

2）吉富美佐江，舟島なをみ：新人看護師を指導するプリセプター行動の概念化―プリセプター役割の成文化を目指して―．看護教育学研究，16（1）；1-14，2007.

3）紺野蘭子，大下静香：集中治療室における新人看護師の看護技術達成度―新人看護師の自己評価とコーチによる他者評価を用いて―．福島県立医科大学看護学部紀要，11；15-27，2009.

4）山川孔：未熟児をはぐくむデベロップメンタルケア．医学書院（東京），20-37，2005.

5）西田志穂：小児専門病院以外の小児看護の臨床におけるプリセプターの関わり―プリセプティの知識やケア到達に焦点をあてて―．日

本赤十字看護大学紀要，21；24-32，2007.
６）金田一京助：新明解国語辞典第四版，三省堂，1995.
７）永井則子：プリセプターシップの考え方．小児看護，33(3)；309-314，2010.
８）前掲７）
９）永井則子：プリセプターシップの理解と実践第３版　新人ナースの教育法．日本看護協出版会（東京），12-32，2009.
10）前掲７）
11）永田美和子，小山英子，三木園生，上星浩子：新人看護師の看護実践上の困難の分析，桐生短期大学紀要，16,31-36,2005.
12）川名るり：乳幼児との身体を通した熟練した技術の性質，日本看護科学会誌，29(1)；3-14，2009.
13）三輪聖恵，志自岐康子，習田明裕：新卒看護師の職場適応に関連する要因に関する研究，日本保健科学学会誌，12(4)；211-220．2010.

報　告

急性骨髄性白血病患者が移植実施を選択しない意思決定に影響を与える要因

渡邉百合・福士嗣海・木村真理・三浦佐都美・渡邉朋美
奥村友佳・関　友子・福井久美・大出彩香・稲川敏江・上野久子

Factors affecting the decision not selected hematopoietic stem cell transplant patient with acute myeloid leukemia.

Watanabe yuri, Fukusi tugumi, Kimura mari, Miura satomi, Watanabe tomomi, Okumura yuka, Seki tomoko, Fukui kumi, Oide ayaka, Inagawa tosie, Uemo hisako

抄録：造血幹細胞移植は，造血器腫瘍性疾患において，根治を目的に行われる治療法であるが，100%根治するという確証はない。しかし，根治を目指す唯一の治療法は移植とされており，移植が適応になる患者にとって，移植を受けることへの期待は大きい。そのため，ほとんどの患者は移植実施の決定をしている。そのようななかで，移植をしないと決定をした患者との関わりをもち，なぜこのような決定に至ったのか疑問に思い，その意思決定に影響を与えた要因を知りたいと考えた。

きっかけとなった1名の患者に同意を得たのち，半構成的面接法にて面接を実施した。面接で得た内容から逐語録を作成した。逐語録と意思決定に影響を与えた要因と思われる患者の記録をカルテから抽出しKJ法を用いて分析した。その結果，本事例では移植実施者とのかかわりが移植をしないという意思決定に影響を与えたと推測できた。しかし，本研究は対象が一事例のみであり，同じような状況にあるすべての患者において同様の結果が該当するとはいえない。今後は症例数をかさね，意思決定に影響を与える要因は何かを見極めていく必要がある。

キーワード：急性骨髄性白血病，造血幹細胞移植，意思決定，移植実施者

Ⅰ．はじめに

造血幹細胞移植（以下，移植と述べる）は，急性骨髄性白血病（以下，AMLと述べる）などの腫瘍性疾患において，その根治を目的に行われる治療法である[1]。一方で，身体的，精神的，経済的負担が大きく，リスクの高い治療法でもある。そのため，移植実施を選択した患者には，移植実施に至るまでの準備段階の手助けやオリエンテーションを行いながら移植に対する思いを聞くなど，密接に関わりを持っている。しかし今回，入院当初は移植を希望していたが最終的には移植をしないという決定をした患者との関わりを通して，移植をしないと決定した患者の，決定に至るまでの思いについて深く聞いたことがなかったことに気づいた。

これまでに，移植を決断する患者の要因についての先行研究はされている[2]。しかし移植をしないという事例の，その決定に至る要因検索についての研究はほとんどなされていない。そのため今回の事例を通して移植をしないと意思決定した要

自治医科大学附属病院血液科病棟

因は何かを知りたいと思った。

Ⅱ．研究目的

移植をしないと意思決定した要因は何かを知る。

Ⅲ．研究方法

1．研究種類：事例研究

2．研究対象者：A氏　60代　女性　既婚　夫（60代）と二人暮らし。息子が2人いるが，それぞれ結婚し別に暮らしている。孫あり。

200X年6月，AML（M2）と診断を受ける。寛解導入療法を施行するが，結果は寛解に至らず。7月，その治療効果を踏まえ初めて医師より移植を考える必要があると説明を受ける。同時期，移植を希望するとの発言が聞かれる。同時に再寛解導入療法を開始。しかし感染症を発症し化学療法は中断された。8月，3回目化学療法を施行。骨髄は寛解の状態を得ることができた。しかし，2回の化学療法で寛解が得られなかったこと，さらに移植のためのドナー候補者が極めて少ない事の説明を受ける。10月，4回目の治療のために入院。寛解の状態は維持していた。同時期に移植実施者であるB氏・C氏の死を知った。また骨髄移植のドナーの確保が困難であるため臍帯血移植を医師より薦められた。その頃に移植の成功率の説明を受け，辛い移植治療を受けても絶対に治癒する確率が低いことを知った。この頃より，移植を受ける事に迷いの言葉が多くなり，12月，移植をしないという結論に至った。

B氏　60代　女性　AML（M2）移植前後でA氏と同室になりかかわりがあった。X年9月に移植施行。移植後合併症のため当院にて死亡。

C氏　60代　女性　AML（M2）移植後にA氏と同室になりかかわりがあった。X年5月に移植施行。その後早期再発し外来通院となり，他院にて死亡。

3．研究期間：2009年5月～7月

4．研究方法

1）移植を実施しないという決定に至った思いを振り返ってもらい，半構成的面接法で面接を行った。

2）面接は，病棟の病状説明室で患者が疲労しないように配慮した。面接時間は約60分。

3）面接内容は患者の承諾を得て録音した。

4）面接終了後，録音した内容から逐語録を作成した。

5）逐語録とこれまでの患者の思いを記録したカルテから，今回の意思決定に影響を与えたと思われる要因についてKJ法を用いて分析した。

Ⅳ．倫理的配慮

患者に研究の趣旨と協力を説明後面接内容も含めた個人情報の守秘，研究への参加に同意した後でも，いつでも不利益を受けることなく同意を撤回できることを文書にて説明し同意を得た。また，今回の研究を発表することに関して説明し同意を得た。研究終了後に録音データは破棄している。

Ⅴ．結果

インタビューによって得られた内容を，カテゴリーは『　』，サブカテゴリーは“　”で示す。

分析の結果，７個のカテゴリーと16個のサブカテゴリーが抽出された。

『条件がよければ移植を希望』は“寛解なら移植希望”“確実に治る保障があるなら移植希望”“移植はタイミングが大事”の３個のサブカテゴリーが含まれた。『移植実施者の死や再発を知る』は，“移植実施者の再発を知る”“移植実施者の死を知る”の2個のサブカテゴリーが含まれた。『移植実施者から受ける影響』は“目標としていたB氏から受けた移植に対する影響”“移植実施者への興味と情報を得ることでの不安”“C氏から受けた移植に対する影響”の3個のサブカテゴリーが含まれた。『移植への不安や恐怖』は，“予測できない不安”“情報を得ることでいだく恐怖感”の2個のサブカテゴリーが含まれた。『移植にとって良くない条件』は，“治療効果がなかった”“ドナーが１人しかいない”“骨髄の回復が遅くなった”の3個のサブカテゴリーが含まれた。『移植が失敗したら後悔する』は，“移植に対する良いイメージができない”の1個のサブカテゴリーが含まれた。『移植後の生活についての思い』は，“移植後の悪いイメージ”“家に帰って好きなことをして生きたい”の2個のサブカテゴリーが含まれた。

詳細は，表１参照。

表1. 抽出されたカテゴリーと患者の言葉

カテゴリー	サブカテゴリー	患者の言葉
条件が良ければ移植を希望	寛解なら移植希望	・寛解が保てるなら移植後希望します。
		・やるのに良いところは何かって考えた時，とりあえず寛解していること。
	確実に治る保障があるなら移植希望	・辛い治療をして確実に治るっていうならやる。
		・総合的に見てもう少し若かったらとか，ドナーがいっぱいいるとか何か条件が良ければね。
	移植はタイミングが大事	・移植はタイミングが一番大事なんです。
		・もし移植をするとしたら，私も体力があるうちにやった方がいいと思う。
移植実施者の死や再発を知る	移植実施者の再発を知る	・移植をしてもすぐに再発をしたCさんを見てきた。
		・Cさんも先生に再発って聞いて，かなり落ち込んでいた。
		・移植をしてもすぐに再発するのもショックだった。
		・この病気は移植をしても変わらないって思った。
	移植実施者の死を知る	・結果を出さなきゃならない前に，Bさんもあんなことになっちゃったし。
		・身近だったし，目標としていた人だったからショックでした。
		・Bさん亡くなったんですよね。おくやみ見て知りました。
移植実施者から受ける影響	目標としていたB氏から受けた移植に対する影響	・Bさんの影響をかなり受けている。
		・Bさんは辛いって言っていた。
		・私もきっと移植をしたら，移植する前にどんどん弱ってダメになっちゃうような気がする。
	移植実施者への興味と情報を得ることでの不安	・やっぱり経験した人の話を聞くと，かなり影響される。
		・移植するのはどんな感じかと思って，じゃあずっと見ていこうと思った。
		・何も知らなかったら迷わず移植するって決めていたと思う。
		・この部屋でいろいろ見たり聞いたりして，移植してもうまくいってなかったり思い通りにいってないのも見てる。
		・長いから辛いこともみんな見えちゃう。隠せないですもんね。
	C氏から受けた移植に対する影響	・移植をするとなかなか食べられないんだって思った。
		・家に帰っても物も食べられない状態でっていうのが続いて，そのまま弱っちゃうっていうのを見ていた。
移植への不安や恐怖	予測できない不安	・移植をするといろんな事が起きるんですね。
		・本当に何が起きるか分からないって思う。
	情報を得ることでいだく恐怖感	・どんなに説明されても，結局どうなるかは分からないんだから，不安は消えないし決断も難しい。
		・分かった事で怖くなってしまうんじゃないかって。
移植にとって良くない条件	治療効果がなかった	・1回目の治療で70%の人が効くっていう強い治療が私には効かなかった。
		・普通の人が行くレールから外れてしまった。
		・私は寛解じゃない。50歳で45%，私の歳ではもっと下がる。
	ドナーが１人しかいない	・年齢や染色体異常，ドナー状況，どれを取っても移植を受けようと思える要素がない。
		・型も合わない，ドナーもいない，臍帯血も同じ人がいなかった。合わなくても大丈夫と言われたけど，私が頼れなかった。
		・１人っていうのは，いないのと同じなんだって思った。
	骨髄の回復が遅くなった	・4回目（同じ治療の3回目）の時に40日くらいかかった。骨髄の働きが弱ってるからねと言われた。
		・年齢とか骨髄の回復も遅いし，良くない確立の方が多いと分かります。
移植が失敗したら後悔する	移植に対する良いイメージができない	・どう考えても良くなるのは20%くらいなので，自分が治れる可能性は少しあるかもしれないけど，そこに入れるはずがないと思った。
		・あんなに辛い思いをしてダメだっていうんじゃ後悔してもしきれない。
		・移植をしてもうまくいかなかった場合，すべて絶たれてしまうとなると，移植をしなければよかったと後悔すると思う。
		・やってみてからでは遅いってこともあるでしょ？
移植後の生活についての思い	移植後の悪いイメージ	・骨髄も弱ってきていると言われ，イメージがいろいろあり，病院だけが頼りになって家で寝たきりになったまま終えるのは嫌だと思った。
		・痛みとか苦しいとか気持ち悪いとかには耐えられても，そのままの状態で何もできなくなるのが耐えられない。
		・移植したらその後の計画が立てられなくなるでしょ？もう少しいろいろしたいと思った。
	家に帰って好きなことをして生きたい	・諦めたわけじゃなくて，無理に生きるんじゃなくて出来ることをやりながら生きたい。
		・人の命なんて誰にもわからないから，限られた命を楽しみたい。
		・どこにも行けないよりは，旅行にも行きたいしそういうことができたらいい。
		・どの道死があるんだったら，できるだけ家にいたい。

Ⅵ．考察

入院当初は移植実施を希望しながらも決断できなかった要因として，移植にとっての良い条件と良くない条件や移植実施者からの情報を得たことで，移植に対して不安や恐怖を抱いたためと考える。これは，同病者の存在はプラスに働く[3]一方で「回復への期待などにより患者は，漠然とした理由から他の患者に自分を重ねたり，逆に負の情報に自己を重ね，不安を増幅させたりすると考えられる」[4]との研究結果もあり，同病者の存在はマイナスにも働く可能性を示唆している。実際Ａ氏は「私もきっと移植したら，移植をする前にどんどん弱って駄目になっちゃうような気がする」と負の情報に自己を重ね，「何も知らなかったら迷わないで移植するって決めていたと思う。」と言っているように，移植実施者からの影響が大きく関係していたと言える。

入院当初は移植実施を希望しながらも最終的には移植を希望しないと決断した要因として，移植に対する悪いイメージを持つことにより「諦めた訳じゃなくて，無理に生きるんじゃなくてできる事をやりながら生きたい。」と言う思いが強くなった事が移植を希望しない要因につながったと考える。

小林ら[5]は，患者が移植を意思決定する要因として8カテゴリーをあげており，患者の意思が軸となり，家族の存在，死への恐怖，他患から受ける影響，医師の存在，看護師の存在，移植による身体的影響，社会的役割の7カテゴリーが患者の意思決定を更に決定的にしていたと報告している。A氏の場合，家族・医師・看護師の存在，死への恐怖，身体的影響や社会的役割に関する言葉はほとんどなく，本症例では意思決定に影響していないと考えられる。今回，「Bさんの影響をかなり受けている」など圧倒的に他患から受ける影響についての言葉が多かった事より，他患つまり移植実施者の存在が移植しないという患者の意思決定の要因になったと考えられる。

Ⅶ．結論

本事例では，移植実施者とのかかわりが移植しないという意思決定に影響を与えたと推察された。

Ⅷ．おわりに

本事例は一事例のみであり，この結果がすべての患者に該当するわけではなく，分析の信頼性が欠ける。移植を実施するか否かの決断には個々の患者によって様々な要因が影響してくる。今後は，症例数をかさね，意思決定に影響を与える要因は何かを見極めていく必要がある。また，今回の研究の限界としては，スーパーバイザーの不在により，データの解釈に限界が生じている可能性がある。

Ⅸ．引用・参考文献

１）小澤敬也：医師と看護師のための造血幹細胞移植　全面改訂版，医療ジャーナル社，2007

２）小林理恵他：造血幹細胞移植を決断する患者の要因と看護援助の検討，第27回日本造血細胞移植学会看護研究集録集70－72，2004

３）仲沢富枝，小野興子，小林美雪，古谷美代子，藤枝鈴子，広瀬晶子：がん病者のセルフヘルプグループの有効性考察～参加者の語りの分析から～，日本看護学会誌，15（1），102-110, 2005

４）須貝美穂子：白血病患者にみられる入院中の他患者との相互関係，がん看護，7（3），251－256, 2002

５）前掲書２）

資　料

自治医科大学附属病院に入院する患者の転倒に関する現状

宇城　令[1)]・樋口一江[2)]・市田　勝[3)]・井上佐代子[2)]・大柴幸子[2)]
大貫紀子[2)]・寺山美華[2)]・河野龍太郎[3)]・長谷川　剛[2)]

The Current State of Inpatients' Fall in Jichi Medical University

Rei Ushiro[1)], Kazue Higuchi[2)], Masaru Ichida[3)], Sayoko Inoue[2)], Sachiko Ooshiba[2)],
Noriko Oonuki[2)], Mika Terayama[2)], Ryutarou Kawano[3)], Tsuyoshi Hasegawa[2)]

抄録：本調査の目的は，当院に入院する患者の転倒に関する現状を調査し，転倒事故予防を考案する資料とすることである。対象は，一般病棟に入院している患者436名とし，入院中の躓きを含む転倒や医療者への情報提供状況，ナースコール使用状況等について質問紙調査を行った。その結果，躓きを含む転倒を経験した人は8％であった（平均年齢58.9歳）。医療者へ過去の転倒経験に関する情報は13％の者が伝えていた。ナースコールの使用状況は，その必要性を「言われていた」人は32％，そのうち実際に「必ず使用していた」人は29％，「あまりしていなかった」～「全くしていなかった」は42％であった。これらより，患者・家族と医療者が協働し転倒を予防するには，患者・家族から過去の転倒経験等の情報提供を依頼し，その依頼に患者・家族が承諾する重要性や患者の思いに配慮し，患者自ら危険を回避することに焦点をあてた取り組みの必要性が示唆された。

キーワード：転倒，入院患者，参画，協働

Ⅰ　はじめに

医療事故には大きく分けて２つの種類があるといわれている。１つは与薬に代表されるような手順が存在する業務における事故であり，医療者側の要因が大きいものである。もうひとつは，転倒・転落のような手順が存在しない事故であり，患者側の要因が大きいとされる。日本医療機能評価機構の第23回医療事故情報収集等事業報告書によると，平成22年1月～9月までに事故が7775件報告される中，薬剤の事故（3011件）は最も多く，次いで療養上の世話に該当する事故（1706件）が報告されている。その療養上の世話に該当する事故のうち，転倒・転落事故は極めて多く約80％（1317件）を占めている。自治医科大学附属病院においても転倒・転落事故は薬剤の事故に次いで多い。

現在，転倒・転落に関する対策には大きく5つのアプローチ軸がある。①まず，転倒・転落するリスクが高い患者を見つけ（転倒・転落リスクアセスメント）②その転倒・転落するリスクの高い患者に対して，危険行動を防止する対策（ベッド柵設置の工夫，ベッドの高さ調節など）を行い③たとえそのリスクの高い患者が，看護師を呼ばず

[1)] 自治医科大学看護学部
[2)] 自治医科大学附属病院
[3)] 自治医科大学医学部
[1)] Jichi Medical University, School of Nursing
[2)] Jichi Medical UniversityHospital
[3)] Jichi Medical University, School of Medicine

に自分で行動を起こしても，それを看護師等スタッフが気づくような対策（離床センサー・マットなど）をし④最終的には，その患者が転倒・転落したとしても，外傷などが最小限になる対策（緩衝マット，特殊な床など）を講じることが重要といわれている。⑤そして転倒・転落予防の一環として入院中の筋力維持運動が奨励されている。

ただ，この転倒・転落事故は，患者側の要因が大きいだけに医療者だけの努力では予防することは難しい。自治医科大学附属病院医療安全対策部では，患者や家族自身にも転倒・転落の危険性と予防の重要性を理解し，自分の身体状況や過去の転倒経験等を情報提供することや自ら危険を回避することによって医療者とともに協働し，自らの安全への責任を医療者とともに共有することを促すことが必要であると考えた。

そこで平成20年6月から自治医科大学附属病院医療安全対策部を中心として，看護学部，医学部，医療情報部，看護部，リハビリテーションセンター，薬剤部，管財課等から選出されたメンバーから構成されるプロジェクトチームを立ち上げ，患者の転倒・転落に関して自治医科大学附属病院における現状と課題等について毎月1回の会議とともに具体的な取り組みを進めている。検討を進める中で，自治医科大学附属病院における転倒の要因は，先行研究1-2）と同様に患者の排泄等の生活動作に伴う自発的行動によるものが多いことがわかってきた。その中でも患者の認知に問題がない転倒が少なくないこともわかった。そこで現在，患者の認知に問題がなく自発的行動による転倒について予防することから始めている。今回は，このプロジェクトチームによる転倒予防に関する取り組みが行われる前に入院患者を対象とした転倒に関する調査結果について報告する。

Ⅱ．研究目的

自治医科大学附属病院に入院する患者の転倒に関する現状を把握することである。

Ⅲ．研究方法

１．対象

自治医科大学附属病院に入院する患者のうち精神科病棟および緩和ケア病棟を除く一般病棟に入院し，退院する予定が決定した436名であった。

２．調査期間

調査期間は平成22年1月7日～平成22年１月27日であった。

３．倫理的配慮

質問紙は無記名であり，調査の趣旨，調査への協力は自由意思であること等を記載した説明書を表紙とした。そして質問紙の回収箱への投函をもって調査協力への同意を得たとみなした。また，本研究は自治医科大学疫学研究倫理審査委員会の承認（疫09—29）を受けて行われた。

４．調査方法

調査方法は自己記入式質問紙による配票留め置き法とし（2週間），記入後は各病棟に設置した回収用箱に投函するように求めた。なお，質問紙の配布は各病棟師長に依頼した。

５．調査項目

入院している患者の転倒に関する現状について把握するために以下の項目を設定した。

１）入院中の躓きを含む転倒した経験の有無とその状況に関する自由記載

入院中の躓きを含む転倒した経験は「経験があった」,「なかった」の2つの選択肢を設定し，「経験があった」場合にはその内容について自由記載を求めた。

２）転倒予防行動の有無とその内容に関する自由記載

転倒予防行動は「気をつけていた」,「気をつけていなかった」の2つの選択肢を設定し，「気をつけていた」場合にはその内容について自由記載を求めた。

３）医療者への情報提供状況

医療者への情報提供状況は「入院前に転倒した経験」および「入院前に尻もちや躓いた経験」を設定し，これらについて「伝えた」,「先に医療者に聞かれた」,「自分も伝え医療者からも聞かれた」,「伝えなかった」,「転倒したことがない」・「尻もちや躓いたことはない」の5つの選択肢を設定した。

４）医療者への転倒予防に関する質問状況とその内容に関する自由記載

医療者への転倒予防に関する質問状況は，「質問した」,「質問しなかった」,「質問する必要性が

なかった」の3つの選択肢を設定し，「質問した」場合にはその内容について自由記載を求めた。

5）ベッドから移動する際のナースコールの必要性とその使用頻度

ベッドから移動する際のナースコールの必要性は，看護師からその必要性について「言われていた」，「言われていなかった」の2つの選択肢を設定した。「言われていた」場合には，その使用頻度を「必ずしていた」，「ほとんどしていた」，「だいたいしていた」，「あまりしていなかった」，「全くしていなかった」とする5段階評定とした。

6）ナースコールを押した後の行動

ナースコールを押した後の行動は，看護師が来るまで待つことができたかどうかを設定し，これらについて「毎回できた」，「だいたいできた」，「あまりできなかった」とする3段階評定とした。そのうち，「だいたいできた」，「あまりできなかった」と回答した場合はその理由について「看護師やスタッフが来るのが遅かったから」，「1人でできると思ったから」，「遠慮してしまったから」，「その他」の4つの選択肢を設定した。

6．分析方法

各変数について基本統計量を求め，自由記載については内容の共通性に基づきカテゴリ別に分類した。分析にはIBM SPSS 18.0 for Windowsを使用した。

Ⅳ．研究結果

回収数は412票であり回収率は94.5％であった。平均年齢は58.9歳±17.2，性別構成は男性210名（51.0％），女性199名（48.3％），無回答3名（0.7％）であった。

1．入院中の躓きを含む転倒した経験の有無とその状況に関する自由記載

対象とした患者のうち躓きを含む転倒を経験した人は，33名（8％）であり，なかった人は375名（91％）であった（図1）。

入院中に躓きを含む転倒をした経験のあった33名から自由記載があり，その内容は以下のとおりであった。最も多かった理由は「段差に躓いた（9件）」であり具体的には，個室の段差，院内コンビニエンスストアに行く途中の自動ドアの通路の段差，会計付近の1Ｆと2Ｆの間の階段，廊下の点字ブロック，浴室のトイレ，エレベーターであった。次いで多かったのは，「体力の低下（7件）」であった。その内容は，術後であったことや筋力の低下，歩き始めであったことや振り向いたときであった。「めまい」は5件であり，発熱時や貧血，立ち上がりに伴うものであった。その他は，「スリッパで滑った(4件)」，「ベッドからの立ち上がり（2件）」，「着替えているとき（2件）」，「背中の麻酔薬に引っ張られた
（1件）」，「目の検査時，椅子が見えなかった（1件）」，「シャワーの時に足が滑った（1件）」，
「薬を飲んでふらついた（1件）」であった。

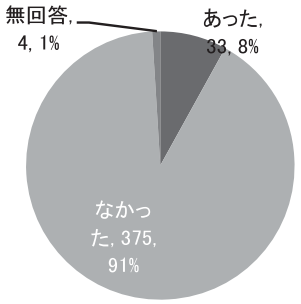

図１．入院中の躓きを含む転倒した経験の有無

2.転倒予防行動の有無とその内容に関する自由記載

入院中に転倒を予防する行動をとった人は，134名（33％）であり，転倒予防行動をとっていなかった人は260名（63％）であった（図2）。

転倒を予防する行動をとった人のうち127名から自由記載があり，その内容は以下のとおりであった。最も多かったものは，「ゆっくり歩く（24件）」であり，次いで「何かにつかまった（手すり，杖等，23件）」，「ベッドから降りるとき・立ち上がる時はゆっくりした（20件）」，「履物（20件）」，「自分の体力を意識する（14件）」，「点滴や麻酔器具とともに歩く（6件）」，「足を高く上げた（4件）」，「水場に注意した（4件）」，「段差に注意

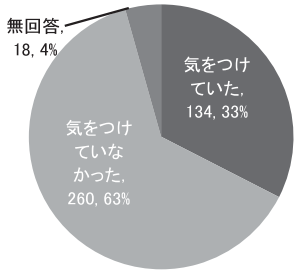

図２．転倒予防行動の有無

した（4件）」，「夜間の移動に注意する（3件）」，「妊娠のためお腹が大きく足元がみえないので注意した（2件）」，「服装に注意した（1件）」，「車いすを使用した（1件）」，「物にぶつからないように歩いた（1件）」であった。

３．医療者への情報提供状況

医療者への情報提供状態として「入院前の転倒経験」は「伝えた」人は24名であり，「先に医療者に聞かれた」および「自分も伝え医療者からも聞かれた」を合計すると53名が医療者へ過去の転倒経験について情報を提供していた。伝えなかった人は64名であった（図3）。また，「入院前の尻もちや躓いた経験」については，「伝えた」人は25名であり，「先に医療者に聞かれた」および「自分も伝え医療者からも聞かれた」を合計すると53名が医療者へ過去の転倒経験について情報を提供していた。伝えなかった人は72名であった（図4）。

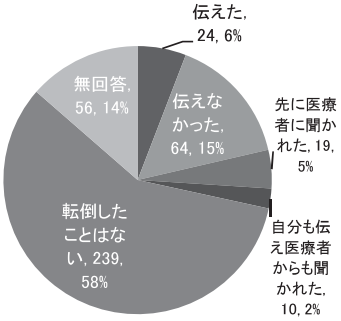

図３．入院前の転倒経験

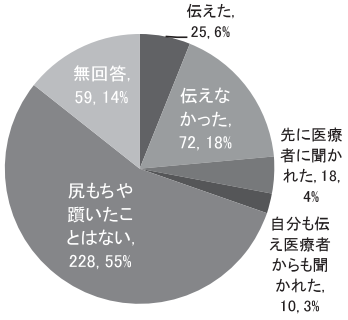

図４．入院前の尻もちや躓いた経験

４．医療者への転倒予防に関する質問状況とその内容に関する自由記載

医療者への転倒予防に関する質問状況は，「質問した」人は6名（2%）であり，「質問しなかった」人は185名であった（図5）。

転倒予防に関する質問をした6名から自由記載があり，その内容は以下のとおりであった。具体的な質問内容は，「寝ていて起きた時のめまい，気持ち悪さ，貧血の症状の対処法（2名）」，「帰宅後の歩行について（1名）」，「車イスとベッドの上手な移動方法・松葉杖の使い方，歩き方・松葉杖をはずした時の歩き方（1名）」，「眠剤を飲んだ時や熱があったとき，夜中のトイレについて（1名）」，「周囲の協力や自分が注意することについて（1名）」であった。

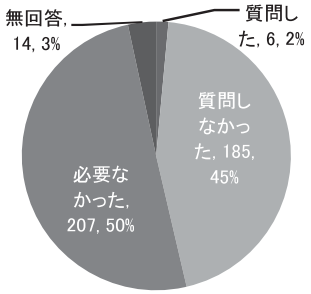

図５．転倒予防に関する質問

５．入院中ベッドから移動する際のナースコールの必要性とナースコールの使用頻度

看護師よりベッドから移動する際にナースコールする必要性を「言われていた」人は，133名（32%）であり，「言われていなかった」人は258名（68%）であった（図6）。ナースコールする必要性を「言われていた」133名のうち実際に「必ず使用していた」人は38名（29%）であり，「ほとんどしていた」と「だいたいしていた」とを合計すると71名（40%）であった。「あまりしていなかった」と「全くしていなかった」を合計すると56名（42%）であった（図7）。この56名中7名は入院中に躓きを含む転倒を経験していた。

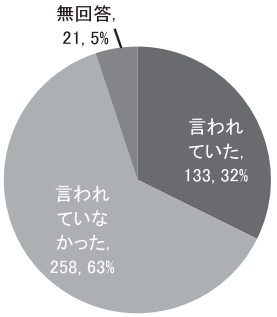

図６．移動時のナースコールの必要性

ナースコールの必要性があった人のうち，ナースコールを使用した後，看護師を待つことが「毎回できた」人は96名（72%）であり，「だいたいできた」と「あまりできなかった」は合計すると

22名であった（図8）。看護師を待つことが「だいたいできた」と「あまりできなかった」22名（17%）のうち最も多かった理由は「１人でできると思った（10名）」であり，次いで「遠慮してしまった（6名）」であった（図9）。ナースコールの必要性の有無と入院中の躓きを含む転倒の有無とは有意な関連はなかった。

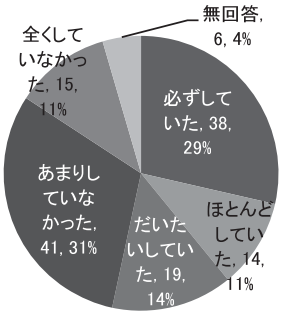

図７．ナースコールを使用した割合

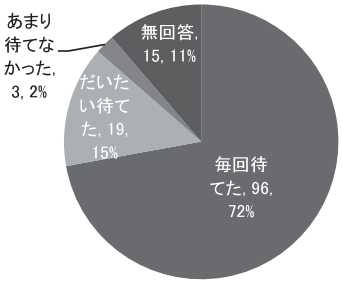

図８．ナースコールを使用後看護師を待つこと

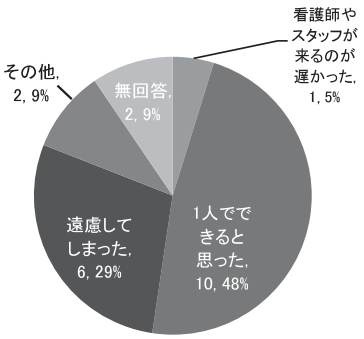

図９．看護師を待てなかった理由

Ⅴ．考察

１．対象

今回の調査対象者は，平均年齢が58.9±17.2歳であり，自治医科大学附属病院に通常入院している患者の平均年齢（70歳前半）と比較し10歳程度低かった。これは，調査の趣旨および調査票の質問内容を理解できる必要性があったためと考えられる。

２．躓きを含む転倒状況

躓きを含む転倒は，38名（8%）が経験していた。その内容は主に「段差に躓いた」という外来・入院部門の環境に関するものや「体力の低下」，「めまい」，「ベッドからの立ち上がり」等の患者自身の身体状況に関するもの，「着替えているとき」等の生活行動に関連するもの，「スリッパで滑った」という患者の履物によるものであった。これらからは，通常転倒する場面は病棟内とくに病室内の患者自身のベッド周囲である[1-2]ことが示されてきたが，外来部門においても危険個所の見直しをしていく必要性が示唆された。また患者自身が治療等によって体力が消耗し，更衣等生活行動に関連した動作が思うようにできずバランスを崩し転倒する場合があることも示された。これらより，予測できる危険動作に関する情報を提供し，患者自ら危険を回避できるように医療者側からの取り組みが急務であると考えられた。履物については，先行研究[3,4]からも転倒しやすい要因の１つとされている。入院に際して病院では履物の準備を依頼するが，転倒予防のためにどのような履物がよいのかを含めた入院前のオリエンテーションの必要性も考えられた。

３．患者と医療者の協働による転倒予防

１）患者からの情報提供や質問状況

今回の調査では，「入院前の転倒経験」，「入院前の尻もちや躓いた経験」いずれも患者自身が情報提供した場合と医療者に聞かれる中で情報提供したものとをあわせても10%程度であった。この値については設問に対する選択肢の限界もあり，転倒等の経験がない場合は情報提供をしていた場合でも「経験がない」と回答した可能性は否めず，選択肢を再検討する必要性が考えられた。

先行研究[5]において過去の転倒経験は入院後の転倒を予測するおもな要因として考えられている。そのため患者と共に，転倒を予防できる安全な医療環境を構築するには，患者へ情報提供を依頼し，その依頼に患者がこたえることが重要となる。患者の中には，何を医療者に伝えればよいのかがわからない場合や「尻もち」をついたことと「転倒」したことが一致していないあるいは大したことではないと考えている可能性があり，患者への聞き

方や聞く内容については配慮が必要である。また，通常の入院では家族が付き添って来院されることが多い。そのため家族にも患者の自宅での様子や転倒に類似するものも含め情報提供を依頼し，家族からの情報提供を活かすことによって，より転倒予防への対策が具体化され可能となると考えられた。

現在は転倒予防に関する情報提供状況や質問状況は数％にとどまっている。しかし医療者から転倒に関連する質問や情報を収集されることによって，自宅とは違う環境であることや加齢による心身の変化，治療等の影響等に関連した転倒の危険性について意識が高まる可能性もある。これらのかかわりによって，患者からのより積極的な転倒予防に関する情報提供や質問が増加していくのではないかと推察される。

２）ナースコールの使用状況

看護師よりベッドから移動する際にナースコールの必要性を「言われていた」人は，133名であり，そのうち「あまりしていなかった」と「全くしていなかった」を合計すると56名（42％）であった。56名中7名は入院中に躓きを含む転倒を経験していた。

ナースコールの必要性を看護師から伝えられていても約40％の患者は，実際にはナースコールを使用し看護師を呼んでいないこの事実をどう考えればよいのだろうか。患者にナースコールを使用してもらうかどうかを含めた転倒に関する看護師のリスクアセスメントの適切性や患者への説明の仕方，あるいは患者自身が看護師からの依頼を承諾できない状況があるのか等，その理由は設問に対する選択肢の限界もあり分からない。だが，ナースコールを押しかつ看護師が来るまで待てなかった人の理由の多くが「１人でできると思った」や「遠慮してしまった」ことは先行研究[6-7]と一致している。特に先行研究[2,7]では排泄動作に関連して「このくらいはなんとかできる」と思うことや「他者の手を借りたくない」という患者の思いは強いと報告されている。このような患者の思いを理解した上で，患者の身体状況や治療の影響から転倒の危険性が高まっている場合には，患者自身が遠慮なく医療者の手を借りられるようになる考え方の転換が必要である。例えば，移動する際にナースコールする必要性がある患者に対して，ナースコール使用することが，医療環境の安全性を維持することになると直接的にも，パンフレット等をとおして間接的にも伝えていくことも1つの方法である。

また，患者の転倒する危険性の高さや状況にもよるが，人の手は借りたくないという患者の思いとADLの適切な拡大という観点から，転倒しても外傷が最小限となるような上手な転び方に関する情報提供や緩衝マット・床，手すりなどの積極的に設置していくと必要性があると考えられた。

Ⅵ．まとめ

今回の調査は，自治医科大学附属病院における認知に問題がない患者の自発的行動による転倒を予防するためにその現状を把握することを目的に行われた。その結果，患者・家族と医療者が協働し転倒を予防するには，病棟部門および外来部門の危険個所の注意喚起とともに患者・家族へ転倒に関連する情報提供の依頼やその依頼に患者・家族が承諾する重要性，生活行動に伴う危険動作の周知，患者の思いに配慮しながら自ら危険を回避することに焦点をあてた取り組みの必要性が示唆された。

参考文献

１）泉キヨ子：転倒防止に関する研究の動向と今後の課題，看護研究，33（3），2000.
２）橋本美芽：療養環境の物品―トイレ―，医療安全，4，2005.
３）鈴木みずえ：転倒・転落防止にチームで取り組む意義，看護，62（2）2010.
４）武藤芳照（総監修）：ここまでできる高齢者の転倒予防，日本看護協会出版会，2010.
５）泉キヨ子，尾坐麻里佳，宮腰美希：転倒リスクとリスクアセスメントツールに関する看護研究の動向と今後の課題，看護研究，42（3）2009.
６）井上文江，黒木洋美，福村文雄：行動目標8：患者・市民の医療参加「転ばぬ先に」，医療の質・安全学会誌，4（1）2009.
７）泉キヨ子：患者の立場に立った予防ケアとしての転倒・転落防止対策，看護，56（13），2004.

なお本研究は文部科学省科学研究費補助金基盤

研究（B）［課題番号21390572］による助成を受けて行われた。

資　料

一次救命処置研修会に参加した看護学生の一次救命処置実施に対する自己評価の経時変化

川上　勝・宇城　令・段ノ上秀雄・長井栄子
和久紀子・﨑田マユミ・井上映子・中村美鈴

Studies on changes over time of self-evaluation of basic life support (BLS) practice of nursing students who participated in a BLS training cource.

Masaru Kawakami, Rei Ushiro, Hideo Dannoue, Eiko Nagai,
Noriko Waku, Mayumi Sakita, Eiko Inoue, Misuzu Nakamura

抄録：本研究の目的は，A大学看護学部が実施している一次救命処置研修会の教育効果の評価と課題を検討することである。対象は，平成20年度に一次救命処置研修会に参加した学生102名とし，研修前と研修直後，研修から１年程度経過した時点における心肺蘇生技術に関する自己評価を調査した。その結果，研修直後は対象者のほぼ全員が一次救命処置に関する知識や技術を習得できたと感じていることや，調査時点に関わらず「倒れている人を見かけたら声をかけることができる」と思っていることが明らかとなった。また，「一次救命処置の手順や方法を理解できているか」や「一次救命処置ができるか」，「自信をもって実施できるか」との質問に対して，「とても思う」，「まあまあ思う」，「少し思う」と回答した学生の割合は，研修直後ではほぼ全員であったのに対し，研修１年後では全体の約半数であった。これらから，一次救命処置の基本手技の知識や手順をトレーニングする機会を定期的に提供すると同時に，実際に近い状況下で，基本手技や手順を確認できるようなプログラムが必要であると考えられる。

キーワード：看護学生，一次救命処置（BLS），自己評価

Ⅰ．はじめに

近年，自動体外式除細動器（AED：automated external deffibrillator）の普及や一次救命処置（BLS:basic life support）の手順の簡略化など，救命場面に居合わせた人（バイスタンダー：第一発見者や同伴者等）の行動が期待されている[1)]。

看護学生は，病院等の医療機関や高齢者施設，在宅などといった医療を必要とする人が生活する場で学習する機会が多い。そのため，看護学生が心肺停止状態になった人を最初に発見することもありうる。また，課外においても救命の場面における応急手当を適切に行う役割は期待される。したがって，看護学生はバイスタンダーとしての役割を担うためには，的確なBLSを理解し，実施できる必要がある。

A大学看護学部では，3年次にBLSを含めた救急看護を学ぶカリキュラムとなっている。1年次より早期体験学習の一環としてBLSを学ぶことによる学習意欲の向上やバイスタンダーとしての能力

自治医科大学看護学部
Jichi Medical University, School of Nursing

獲得を期待して，全学生（1年生は原則全員，他学年は希望者）を対象に平成20年度よりAEDの使用を含む一次救命処置研修会（以下，研修会）を実施している。研修会は，A大学内にあるメディカルシミュレーションセンターに於いて近隣消防署の職員を講師として招き実施している。

研修会の教育効果を評価し，今後の課題を検討するため，参加学生の研修前と研修直後，研修から１年程度経過した時点におけるＢＬＳ実施に対する自己評価を分析した。

Ⅱ．研究目的

本研究の目的は，研修会に参加した看護学生のBLS実施に対する自己評価を経時的に調査し，研修会の教育効果を評価し，今後の課題を検討することである。

Ⅲ．研修会の概要

１．内容

１）一次救命処置

意識状態の確認・救護の要請等，気道確保，人工呼吸，心臓マッサージ，AEDの使用方法

２）応急処置等

成人の窒息時の対応，出血・嘔吐時の対処法等

３）所要時間

3時間（9：00～12：00）

４）方法

各回の研修会は，8～9グループ（1グループ4～5名の看護学生）で構成した。各グループにシミュレータ（BLSトレーニング用成人モデルと練習AED各1台）を配置した。視聴覚教材を用いた講義とシミュレータを用いた演習を交互に実施した。参加者30名前後に対して救命救急士を含む救急隊員3名が指導を担当した。

５）その他

研修後，消防署より「普通救命講習修了証」が参加者に授与された。

Ⅳ．研究方法

１．対象

平成20年度一次救命処置研修会に参加したA大学看護学部1年生102名。

２．調査日

研修時調査：平成20年7月及び9月下旬

研修後1年経過時調査：平成21年11月中旬

３．倫理的配慮

調査の趣旨，調査への協力は自由意思であること，無記名回答であること，不参加による不利益がないことなどについて口頭で説明し，質問紙にも説明文を記載した。質問紙内の研究参加に同意の有無を問う項目に対する回答にて同意の意思を確認した。

４．調査項目

１）一次救命処置の基本技術に対する自己評価

研修直後と研修後1年経過時点（以下，1年後）で調査した。調査項目は，「一次救命処置の手順や方法は理解できていると思いますか？」と「一次救命処置ができるようと思いますか？」を設定した。各質問項目に対して対象者は，「とても思う」から「全く思わない」の7段階で評定した。

２）救急場面における行動に対する自己評価

研修前および直後，1年度で調査した。調査項目は，「もし，倒れている人を見つけたら声をかけることができると思いますか？」と「心臓マッサージなど一次救命処置が必要な場合に，自信を持ってできると思いますか？」を設定した。各質問項目に対して対象者は「とても思う」から「全く思わない」の7段階で評定した。

５．分析方法

回答結果を単純集計し，研修前と研修直後，研修後約１年経過した時点で比較した。

Ⅴ．調査結果

研修時調査では，回答数（率）は92（91％）であった。回答者のうち，BLSトレーニングに初めて参加する者は41名（45％）であった。一方，1年後の調査では，回答数（率）は50（49％）であった。対象者の半数が回答した。

１．一次救命処置の基本技術に対する自己評価

１）一次救命処置の手順や方法の理解（図1）

「とても思う」と「まあまあ思う」をあわせると，研修直後では96％，1年後では52％であった。「すこし思う」は研修直後で3％，1年後では28％であった。「あまり思わない」と「ほとんど思わない」をあわせると，1年後のみで14％であった。「全く思わない」の回答は無かった。

２）一次救命処置実施に対する自信（図2）

「とても思う」と「まあまあ思う」をあわせると，研修直後は75％，1年後では34％だった。「少し思う」は，研修直後で20％，１年後で26％だった。「あまり思わない」と「ほとんど思わない」をあわせると，１年後のみ26％であった。「全く思わない」の回答は無かった。

２．救急場面における行動に対する自己評価

１）傷病者への声かけ実施に対する自信（図3）

声かけができると思うかという問いに対して，「思う（とても～少し）」と回答した割合は，研修

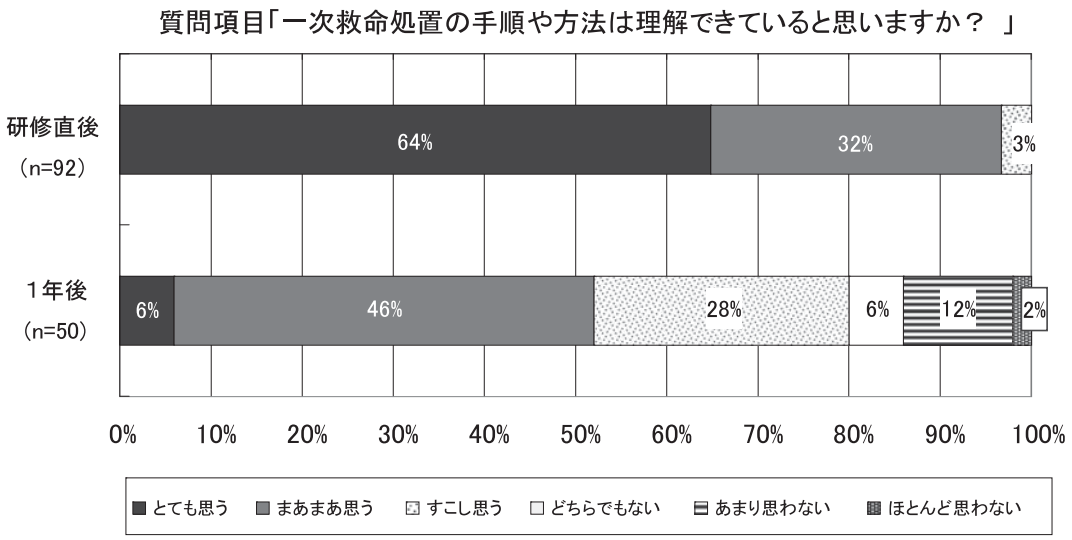

図1．一次救命処置の手順や方法の理解

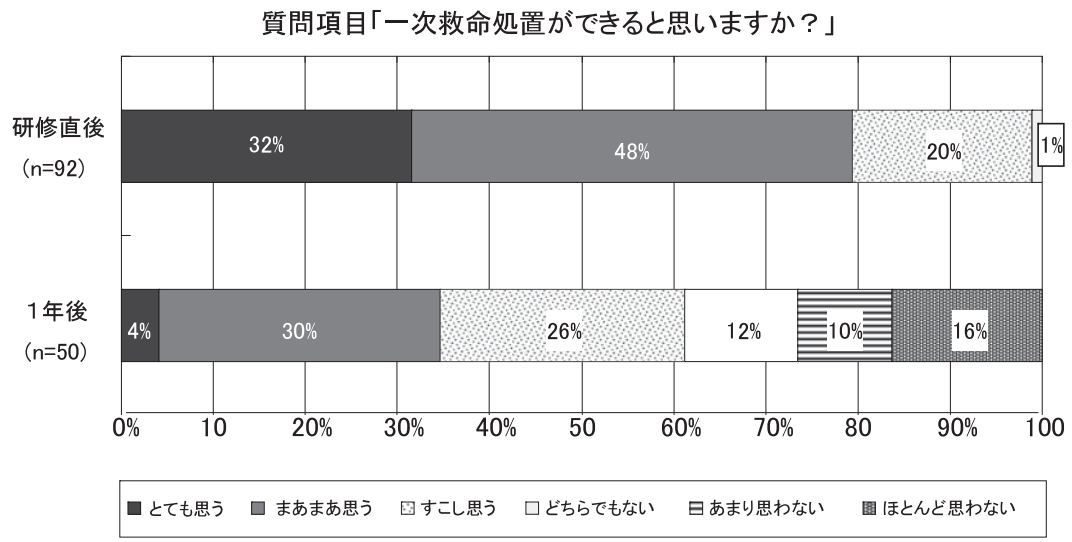

図2．一次救命処置実施に対する自信

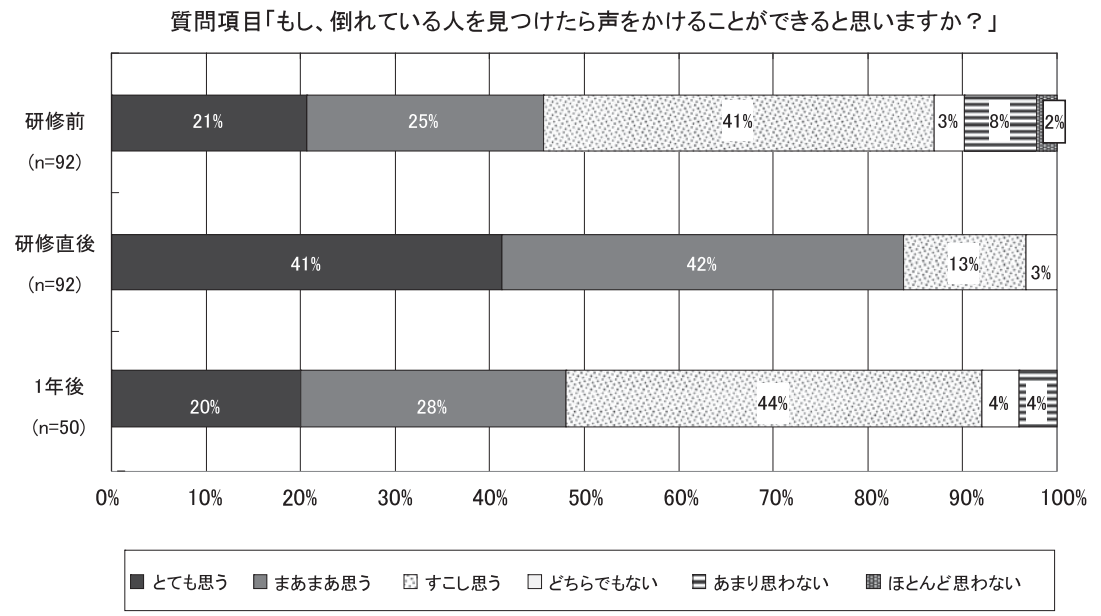

図3.　傷病者への声かけ実施に対する自信

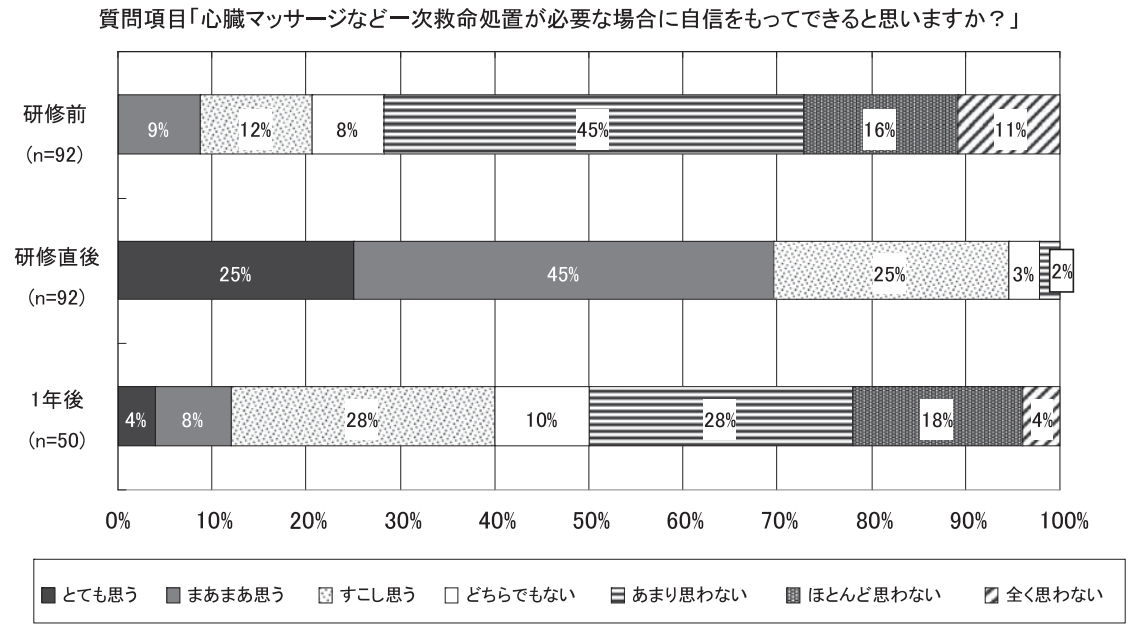

図4.　傷病者への一次救命処置実施に対する自信

前46%，研修後83%，１年後48%であった。一方，「思わない（あまり～全く）」と回答した割合は，研修前21%，研修後0%，１年後8%であった。

２）傷病者への一次救命処置実施に対する自信（図4）

救急現場で一次救命処置ができると思うかという問いに対して，「思う（とても～少し）」と回答した割合は，研修前21%，研修後95%，１年後40%であった。一方，「思わない（あまり～全く）」と回答した割合は，研修前72%，研修後2%，１年後50%であった。

Ⅵ．考察

１．研修会の教育効果について

BLSに関連するトレーニング後，参加者の基本的な手技や手順，実施方法の理解が高まることはこれまでの研究で明らかとなっている[2) 3) 4)]。本研究における，研修直後の調査でも，手技や手順，実施方法についてほぼ全員の参加者が理解していることが明らかとなった。今回の調査対象者の約半数がBLSのトレーニングを初めて受講したのにもかかわらず，研修直後において理解できていないと感じていた者が皆無であることは研修会での学習が効果的であったといえる。また，過去に受講経験のある対象者にとっても，それまでの学習体験を踏まえて，知識や技術の再確認につなったと思われる。

一方，研修後１年経過した時点では，BLSに関する理解度は研修直後に比べ低下していることが明らかとなった。知識や技術を維持するためには反復学習が不可欠である事はいうまでもなく，再訓練を2年間隔に限定せずに必要に応じて補習することが推奨されている[5)]。従って，第一発見者としての役割を期待される看護学生に対しては，BLSをトレーニングする機会を最低年1回提供することで，研修会の教育効果を持続させることができると考える。

２．今後の課題について

対象者は，実際に傷病者を発見した場合の対応について，研修前から約半数が傷病者への声かけを，2割程度が実際にBLSを実施できると思っていた。このことから，看護学生は救急の場面において行動する素地が既に備わっていることが示唆される。

また，研修前に声をかけることができると「思わない」学生が全体の20%程度であったのに対し，研修直後は皆無となり，1年後でも10%に満たない程度であった。さらに，傷病者に対して実際にBLSを実施できると「思う」学生が研修後でほぼ全員，1年後では研修前に比べ約2倍の40%を占めていた。このことは，研修会において一次救命処置の基本手技を繰り返し練習したことの成果であると考えられる。

一方，研修直後はほぼ全員が傷病者に対して声をかけることができると感じていたのに対し，1年後では半減し，研修前と同じ割合となっていた。また，BLS実施に対しては，研修1年後にできないと思う割合が全体の半分となっていた。このことは，研修直後では，実際の場面を想定したときに行動できると自己評価した看護学生でも，救急場面に立会う機会が皆無に近いことから，研修会だけのトレーニングでは実際の場面を想定した場合に手技の実施に自信がなくなると考えられる。さらに，実際の救急場面でBLSがどう実施されるか，自分に何ができるかなど具体的にイメージしにくいことも，自己評価の低下に関連していると思われる。

実際の場面では多くの人が協力して傷病者の救護に当たる。看護学生は一般学生に比べ救命に対する意識は高い[6)]ことから，蘇生チームの一員としての救護の現場に参加する場合も考えられる。従って，看護学生がBSLの基本的な知識や技術を身につけていることで，傷病者の救助に貢献できるといえる。

そこで，看護学生は救急場面において，行動しようとする姿勢に加え，観察に関して知識・技術を習得していることを活かして，第一発見者が最初に実施すべき「心肺停止の確認」と「周囲への救助要請」を自信もってできるような研修プログラムを考えていく必要がある。研修の機会を増やすと同時に傷病者を発見した時から消防等への通報までや他の人と協力してのBLSを実施する[7)]など，より実際的なシミュレーションを基本手技のトレーニングに加えていくことを検討すべきであると考える。

３．研究の限界

対象者を限定して調査しており，本研究による知見を一般化することはできない。また，対象者

のBLSに関する学習の動機や過去の体験等による自己評価への影響は否定できない。これらの課題を今後検討していく。

文　献

1）田村秀雄：AED普及の実態と効果．日本医事新報，4391；62-68，2008.

2）武島玲子，上野友之，山口直人：茨城県立医療大学学生に実施した心肺蘇生実習に対する学生の感想．茨城県立医療大学紀要，12；105-114，2007.

3）阿部直，守屋利佳，吉田徹，今井寛，相馬一亥，吉村博邦：早期体験学習の一環としての一次救命処置の実習―自動体外式除細動器の使用方法の学習を含めた実習―．北里医学，35：85-88，2005.

4）新山悦子：看護学生の救命処置演習に関する調査＜第1報＞―一次救命処置演習前の実態と意識について．看護・保健科学研究誌，10（1）；40-47，2010.

5）アメリカ心臓協会：「心肺蘇生と救急心血管治療のためのガイドライン2010」,http://ecc-japanheart.org/pdf/ECC_Guidelines_Highlights_2010JP.pdf（2010/10/25）.

6）兼松有加，佐藤恵美，井出萌子，根来麻美，志賀朋美，今井美香，櫻井志保美，前川厚子，平井真理：大学生の一次救命処置に対する意識の現状と今後の課題―医学部保健学科看護学専攻生と他学部生における比較検討―．日本看護医療学会雑誌，10（2）；44-52，2008.

7）荻野朋子，中島千里，中川隆，竹内昭憲，小澤和弘，水野公正，金子洋，早川好美，夏目美樹，加藤善久：看護学部生に対する心肺蘇生法演習の効果―ACLS基礎コースを取り入れて―．日本臨床救急医学会雑誌，10；26-31，2007.

看護学部看護系教員共同研究報告

研究課題：**看護業務の相対的評価に関する研究**
―高齢者に関わる看護業務の分析から―

共同研究組織：
研究代表者　水戸美津子（看護学部　教授）
共同研究者　川上　　勝（看護学部　講師）
長井　栄子（看護学部　助教）
池下　麻美（看護学部　助教）
大柴　幸子（附属病院　臨床講師）
山田　恵子（附属病院　臨床講師）
小曽根佳枝（附属病院　臨床講師）
井上佐代子（附属病院　臨床講師）
井上　和子（附属病院　臨床講師）
関　　道子（附属病院　臨床講師）
野澤　博子（附属病院　臨床講師）
大貫　紀子（附属病院　臨床助教）

執行した研究費総額：
104,872円（配当額　310,000円）

Ⅰ　はじめに

我が国の老年人口は約2,900万人で，高齢化率は22％を超えている[1)]。さらに，入院患者のうち高齢者の占める割合は60％を超えている[2)]。

したがって，入院患者に占める高齢者割合の増大に対する看護業務量の変化を明らかにするとともに，看護の質・量を確保するための看護師の業務量調査に基づいた看護師の業務改善や人員配置の検討が不可欠となる。

これまでの高齢者を対象とした看護業務量に関する調査では，タイムスタディ法を用いた直接的な看護援助に要する時間を把握した研究や手術室における間接介助の業務量に関する研究など，看護業務量全体の把握にとどまっており，看護業務量を高齢者以外の入院患者と比較した研究は見当たらない。そこで，入院患者の高齢化に伴う看護師の業務量の変化を明らかにするために，入院患者に対する看護行為に必要な時間や回数を，高齢の患者とそれ以外の患者とで比較する必要がある。

Ⅱ　研究方法

１．対象

自治医科大学附属病院の一般病棟のうち，入院患者に占める高齢者の割合が約40～50％である6病棟に入院した20歳以上の患者の電子カルテに記載された患者特性データと特定の看護行為に要した時間を対象とした。

対象病棟は，呼吸器センター内科（以下，6階西），循環器センター（以下，6AB），消化器センター外科（以下，5B），眼科/総合診療部（以下，8B），皮膚科/アレルギー・リウマチ科（以下，8階東），内分泌代謝科（以下，8階西）である。

２．調査項目

１）患者特性データ

年齢，性別，病名，入院目的，入院日数

入院中の看護状況（看護計画項目数･根拠数･目標数･問題数，看護計画実施数･実施日数），看護必要度点数

２）特定の看護行為に要した時間および実施回数

各病棟の特定の看護行為とは，以下の通りである。

6階西：排泄ケア
6AB：入院時オリエンテーション
5B：入院時オリエンテーション
8B：自己点眼の指導
8階東：入院時オリエンテーション
8階西：自己血糖測定の指導

なお，排泄ケアに要した時間の測定は，オムツ交換や尿・便器介助，ポータブルトイレ介助，トイレ介助のほか，オムツ交換時の陰部洗浄，必要物品等の準備や後片付け，トイレ等への移動，体動前後のバイタルサイン及び自覚症状の確認までを含むものとした。

自己点眼の指導に要した時間の測定は，点眼実施前の手洗いから点眼に関する注意点の説明，点眼薬の実施順の確認までを含むものとした。

自己血糖測定法の指導に要した時間の測定は，血糖測定の必要性や必要物品の使い方，手順・手技の説明，患者の手技の確認までを含むものとした。

３．調査期間

平成21年11月1日～平成22年2月14日

４．データ収集方法

調査期間中に対象病棟に入院した全患者のデータ収集項目の抽出を医療情報部に依頼した。

データの精度を高めるため，事前に対象病棟の看護師に本研究の主旨を説明し，特定の看護行為のデータ収集および入力方法の統一を図った。

特定の看護行為に要した時間は，看護行為の開始から終了までの時間とし，対象病棟の看護師が携帯したストップウォッチを用いて測定した。測定したデータは，実施日または実施毎に対象患者

の電子カルテの看護ケア欄または所定の項目欄に計測した時間を入力した。

５．分析方法

１）患者特性データ

収集したデータを分析用にデータベース化し，集計した。また，各病棟における基本属性のうち，年齢で区別できる項目については成人患者（年齢20歳以上65歳未満）と高齢患者（年齢65歳以上）の2群で集計し，平均値を算出した。

２）特定の看護行為

収集したデータを成人患者と高齢患者の２群で分け，特定の看護行為の実施回数および所要時間，1日あたりの実施回数・実施時間，1回あたりの所要時間を算出した。特定の看護行為を実施した対象の基本属性についても成人患者と高齢者の２群で集計し，平均値を算出した。平均値の比較はMann-Whitney　U検定を用いた。

６．倫理的配慮

本研究は，自治医科大学疫学倫理審査委員会の承認を得て実施した（疫09-21）。研究の目的を含む研究の実施に関する説明文書を，自治医科大学ホームページの情報公開の項に掲示した。また，規定外の看護ケアに関する電子カルテへの記載については，看護部および看護記録委員会の承認を得た。

また，個人情報の保護に努めるため，医療情報部からのデータは，患者氏名・IDを削除（連結不可能匿名化）したものを入手した。さらにデータは保管庫に施錠し，管理を徹底した。

Ⅲ　研究結果

１．患者特性データ

調査期間中の対象病棟の在院患者総数は病棟によって異なり，約60人から140人だった。入院患者のうち，高齢者が半数を超えていた病棟は，5B，6AB，8Bであった。看護計画項目数は成人患者と高齢患者との比較では有意な差はなかった。看護計画実施日数および実施数，1日あたりの実施数の平均は有意ではないが，高齢患者が成人患者より多かった。看護必要度点数は，8B以外で高齢患者の方が成人患者に比べ有意に高い傾向にあった。さらに，看護ケアの実施日数や1日あたりの実施数の平均は，全病棟で高齢患者の方が多い傾向にあった。

２．特定の看護行為

入院時オリエンテーションに要した平均時間は，対象群間に有意な差がなかった。

排泄ケアに要した時間や1日あたりの時間の平均は有意ではないが高齢者の方が長かった。オムツでの排泄に要した時間の平均は，成人患者に比べ高齢患者の方が有意に長かった。一方，尿・便器での排泄ケアに要した時間の平均は成人患者で有意に長かった。

自己点眼の指導を実施した回数は，対象群間に差はなかったが，総所要時間と1回あたりの所要時間が高齢者の方が有意に長かった。

自己血糖測定法の指導に要した総所要時間，実施日数や実施回数は，高齢患者が成人患者に比べ有意に多かった。1回あたりの所要時間や1日あたりの所要時間は対象群間に有意な差は無かった。

Ⅳ　考察

１．患者特性データ

看護計画項目数において年齢群による違いが見られなかったのは，クリニカルパスの適用により治療や看護の標準化が進んでいることが関連していると思われる。

看護計画実施日数および実施数や看護必要度点数が高齢患者で高い傾向があることは，高齢患者に対する看護業務量は成人患者と比較して多いことが示唆される。そのため，入院患者の高齢化に伴い，療養上の世話にあたる看護業務量が増加する可能性がある。

２．特定の看護行為

入院時オリエンテーションは，初回定時入院の患者を対象に，病棟における日課や生活に関する注意点，病棟内設備について説明している。入院時オリエンテーションに要した時間や回数が年齢群間で差がなかったのは，対象者の入院の身体状況や病状に違いがなかったことや，高齢者の理解度や疲労度に合わせて入院直後のオリエンテーションは簡略化し，その後に再度説明するなどの配慮が関係していると考えられた。そのため，入院直後のオリエンテーション時間は，ある一定時間で終えられるように看護師が調整を図っているものと考えられた。

一方，排泄ケアや自己点眼の指導，自己血糖測定法の指導に要した時間や回数は，高齢患者に多い傾向が明らかとなった。高齢者にみられる加齢

に伴う排泄機能や感覚（視覚・聴覚・触覚）の低下が，看護業務量に影響している可能性が高い。

V　おわりに

入院患者の高齢化に伴い看護業務が増大する可能性が高いことが明らかとなった。今後，入院患者の年齢構成・入院期間などを考慮した看護師の配置や入院時オリエンテーションの一部などを他職種への依頼などの検討，効率的に看護業務が遂行できるような物品の配置や用具の選択ができるような体制を整備する必要があると考えられる。

参考文献

１）内閣府：平成22年度版　高齢社会白書，2010.
２）厚生労働省：平成20年度患者調査，2008.

研究課題：**根拠に基づく実践**
（Evidence Based Practice）～
①新生児集中治療室（NICU）におけるデベロップメンタルケアに関する文献検討
②新生児集中治療室（NICU）における新人看護師の技術到達度評価の現状と課題

共同研究組織：
研究代表者　中島登美子（看護学部　教授）
共同研究者　樋貝　繁香（看護学部　講師）
石田　寿子（看護学部　助教）
小西　克恵（元附属病院　看護師）
天谷恵美子（附属病院　臨床講師）
大海　佳子（附属病院　臨床講師）

執行した研究費総額：
463,599円（配当額464,000円）

Ⅰ．はじめに

低出生体重児の出生率の増加に対応し，新生児集中治療室（NICU）の整備が進められ，新生児の発育に適した環境を整備する試みとしてデベロップメンタルケアが実施されている。デベロップメンタルケアは，物理的環境としての過度な光や音等の制御，および人的環境としての人を介したケアの総称をいい，低出生体重児の発育を支えることを目指している。本研究は，根拠に基づく実践の視点からNICUにおけるデベロップメンタルケアが子どもの成長発達に影響を与えるという根拠と現状の課題を検討するため文献レビューを行い，次に，NICUにおいてデベロップメンタルケアを担う看護師に求められる看護技術を検討し，その中から新人看護師の技術到達度の現状と課題について検討した。

<新生児集中治療室におけるデベロップメンタルケアに関する文献検討>

［文献抽出方法と結果］

文献検討は，MEDLINE,CINAHL,CINII, Cochrane Library, 医学中央雑誌から，キーワード，newborn, individualized developmental care, 1990-2010にて検索した6442件からシステマティックレビューに絞り込み，抽出された6件を用いて検討した。その結果，デベロップメンタルケアは物理的環境要因としての光と音等の制御，人的環境としての低出生体重児の状態（state）に添ったケアの実施等が行われていること，成果として，短期的には成長発達がやや良好であるが，長期的には軽度の発達障害が報告されており，今後の追跡が必要である。また，デベロップメンタルケアはAls et al.の共生モデルに基づく実践といえるが，近年，解明されてきた胎児・新生児の発達に関する知見をデベロップメンタルケアに反映し，ケアの枠組みを見直す必要があることが示唆された。

<新生児集中治療室における新人看護師の技術到達度評価の現状と課題>

［研究目的・研究方法］

新生児集中治療室（NICU）においてデベロップメンタルケアを担う新人看護師の技術到達度評価の現状と課題を明らかにするため，新人看護師13名の技術到達度と，プリセプター3名の面接から技術到達度評価の解釈を行った。

［結果］

デベロップメンタルケアを担う新人看護師の技術到達度が早かったのは，手順を確認しながら手技を習得する日常生活援助技術であり，プリセプターがモデルとして技術を示すことで技術到達していた。技術到達度に開きのあった技術は，子どもの状態や発達に適した技術であった。また，安全に関する技術は，日常生活援助技術に加え，子どもの状態や発達に適した技術を習得した後に到達していた。

これらから，新人看護師はモデルとするプリセプターと共に，自己学習を踏まえながら早い時期に習得できる技術から，より複雑な技術へと積み重ねて技術を習得すること，プリセプターは子どもの個別性や状態の判断を求め，その子どもにあった技術について意味づけすることで，技術が積み重なると考えられる。また，安全に関する技術は，日常生活援助技術と子どもの状態や発達にあった技術を積み重ねたうえに到達するため，プリセプターに加え病棟全体で関わっていくことが必要である。

なお，<新生児集中治療室における新人看護師の技術到達度評価の現状と課題>は，自治医科大学看護学ジャーナル，no.8, 2010.に掲載予定である。

研究課題：**地域資源を利用している精神障害者の健康管理に関する研究**

共同研究組織：
研究代表者　永井　優子（看護学部　教授）
共同研究者　半澤　節子（看護学部　教授）
野﨑　章子（看護学部　講師）
濵田　恭子（看護学部　助教）
宮田真理子（看護学部　助教）
板橋　直人（看護学部　助教）
海発　規夫（社会福祉法人「ブローニュの森」サービス管理責任者）
新井　忠孝（NPO法人「蔵の街ウェイブ」）施設長）

執行した研究費総額：
449,570円（配当額　450,000円）

はじめに

先行研究によれば，地域で生活する精神障害者は，さまざまな身体疾患をあわせもつことが明らかになっている。精神科薬物療法は，精神障害者による多くの身体的副作用をもたらす。また，疼痛等の知覚の閾値を変化させるため，身体疾患の徴候が現れにくいといわれている。さらに精神障害は，日常生活やセルフケアにも影響を与えることが知られている。精神科医療が入院中心の医療から地域生神障害者も地域で支援を受けて生活することが主となる。

本研究の目的は，栃木県内の精神保健ケア施設において，職員がどのように利用者の健康管理をしているか実態を明らかにし，地域の精神障害者の全般的健康の維持増進に関する資料とすることである

1）方法

（1）研究期間　平成22年2月から3月まで

（2）研究参加者

共同研究者の所属組織の職員で，本研究の趣旨等に関する説明を受け，参加に同意し，録音の承諾を得られた者

（3）方法

基本属性に関する質問紙を作成して研究参加者に，また，各施設の特徴に関する質問紙を作成し，各施設管理者に記入を依頼した。

所属施設における利用者の健康管理の現状と問題点についてインタビューガイドを作成し，グループインタビューを行い，録音して逐語録を作成した。各参加者に逐語録の内容に誤りがないことを確認した。

（4）分析

研究参加者の基本属性と各施設の特徴は記述統計を用いた。また，逐語記録テキストマイニング等を使用し，質的に分析を進めているところである。

2）結果

（1）研究参加者の属性と施設の特徴

研究の同意を得られた者は男性9名，女性11名の計20名，平均年齢は40.8（24～67）歳であった。勤務形態は，常勤16名，非常勤4名で，施設勤務年数は平均4.5（0.5～9）年，精神障害者へのケア経験は，平均7.3（0.5～21）年であった。職種は，生活支援員が9名で最も多く，サービス管理責任者および職業指導員が各4名，管理者と就労支援員が各2名，世話人と相談支援専門員が各1名であった。また，精神保健福祉士7名，訪問介護員3名，社会福祉士，准看護師各2名，看護師，介護福祉士，介護支援専門員各1名の他，調理師，教員免許，社会福祉主事など，複数の資格をもっている者もいた。

参加者の所属する施設は，就労継続支援B型が11名で約半数を占め，次いで地域活動支援センターが5名で四分の1を占めた。

（2）グループインタビューの内容

グループインタビューは約2時間/回，3回行った。現在分析を進めており，結果は共同研究者間で協議して，精神看護学または地域精神保健医療福祉に関連する学会に発表予定である。

研究課題：**地域支援病院への派遣勤務が助産師のキャリア発達に与える影響**

共同研究組織：
研究代表者　成田　　伸（看護学部　教授）
共同研究者　角川　志穂（看護学部　講師）
寒河江かよ子（附属病院産科病棟師長・臨床講師）
工藤　祝子（日光市民病院看護部長）

執行した研究費総額：
124,130円（配当額　130,000円）

Ⅰ．はじめに

A病院は地域支援病院に対して助産師を含む看護職員を派遣するシステムを持っている。A病院の産科病棟はハイリスク化が著しく，年間約1,000件の分娩の半数は帝王切開であり，残りも早期産や長期入院後の経腟分娩が多く，助産師の経験できる分娩介助件数が少ない状況にある。その中でこの派遣では，出産件数は少ないものの，オンコール等の体制下で正常経腟分娩のそれぞれのケースにじっくり時間をかけた個別支援が経験できたと聞いており，看護師の派遣の場合と異なる意味を持つものと考えられる。このような派遣が助産師としてキャリア発達に与える影響を明らかにすることは，今後助産師のキャリアパスを示すうえで，重要である。

そこで，A病院から地域支援病院への派遣を経験したあるいは現在派遣されている助産師の派遣時の助産業務の体験と，その体験の助産師としてのキャリア発達への影響を明らかにすることで，本派遣システムがより有意義なものとなるような情報提供につながると予測される。

Ⅱ．研究方法

1．目的

A病院から地域支援病院への派遣を経験したあるいは現在派遣されている助産師の派遣時の助産業務の体験と，その体験の助産師としてのキャリア発達への影響を明らかにする。

2．方法

期間：平成20年7月～平成22年3月

調査対象者：①過去にA病院から地域支援病院への派遣を経験し派遣終了後5年以内の助産師，②現在A病院から地域支援病院に派遣されている助産師とする。研究参加の依頼は，A病院看護部の同意を得た上で，看護部経由で依頼文を送付し，参加の意思は直接返送されるようにした。研究参加の同意は文書で得た。

調査方法：面接による半構成的インタビュー調査で，調査内容は，背景データ，派遣時の体験と派遣前後の体験，現在のキャリアの状況，今後の課題等であった。

分析方法：インタビューの結果は質的に分析し，体験の内容とキャリア発達への影響の2つに焦点化して分析した。

倫理的配慮：所属する看護部に調査の同意の有無が伝わらない，また個人が特定化できないように配慮した（平成21年度自治医科大学疫学研究倫理審査委員会Aの承認（疫08—54））。

Ⅲ．結果

A病院の看護部を通じて依頼，調査協力の意向で返信があったのは8人で，8人全員から文書での同意を得て，インタビューを行った。

対象者は26歳から29歳（平均27.5歳），臨床経験年数は4～7年（平均5.6年），基礎教育は短大＋短大専攻科，短大＋看護系大学編入（助産師取得），看護系大学での助産師取得であった。

派遣は，臨床2年目から3年目で行われ，派遣期間は1～2年程度であった。派遣前の分娩介助件数は，それまでの臨床経験2～3年程度の場合は30件，5年程度の場合は50件で，平均すれば1年間に約10件であった。

8人の派遣先は2施設であった。2施設共，他科混合病棟であり，一方は地元の助産師3名程度に派遣助産師2名，もう一方は地元の助産師はパート勤務の1名で，他は派遣助産師3名で，それ以外のスタッフは看護師・准看護師で構成されていた。

対象者は派遣期間内に，1施設では年間で30件程度，もう一方は100件の分娩介助を行っていた。A病院では通常の砕石位での分娩介助であったが，派遣先ではフリースタイルであり，当初は戸惑いもあったが，すぐに適応していた。またA病院では夜間も先輩スタッフに支援を受けながらの分娩介助だったのが，派遣先では夜間はon callで夜勤の看護師と協力しながらの管理であり，その責任の重さから自立性を学んでいた。

派遣が終わりA病院に戻ってからは，また年間10件程度の分娩介助件数に落ちていた。

派遣は必ずしも希望ではないものが多かったが，

派遣の体験自体は積極的に評価していた。ただし派遣時の体験が直接に派遣後に生きているとはいえず，難しさを訴えるケースもあった。

Ⅳ．考察

分娩件数が少なく，かつハイリスク化が著しいA病院での助産師としての体験は，助産師としての自律性が育ちにくい状況にあった。その点で地域支援病院への派遣による一人での判断を迫られる分娩介助体験は，その自律性を育てるいい体験となっていた。一方で，派遣時の体験が直接に派遣後に生きているとはいえず，今後の検討が必要であると考えられた。

Ⅴ．今後の課題

本研究の結果は，平成22年度日本ルーラル・ナーシング学会（長崎市）において発表した。今回の報告は，分析途中でのものとなっており，今後はさらに分析をくわえ，論文化を目指している。

研究課題：**乳がん患者の地域連携パス作成に関する基礎調査**
共同研究組織：
研究代表者：本田　芳香（看護学部　教授）
共同研究者：井上　映子（看護学部　准教授）
小原　　泉（看護学部　准教授）
朝野　春美（附属病院看護部　臨床准教授）
篠原　和子（附属病院看護部　臨床准教授）
鯨　美千子（附属病院看護部　臨床講師）
軽部真粧美（附属病院看護部　臨床助教）
田中　康代（附属病院看護部　臨床助教）
執行した研究費総額：
339,232円（配当額　350,000円）

Ⅰ．はじめに

在院日数短縮により乳がん患者に対する治療及び看護ケアが外来シフトする中，看護ケアの継続性の視点から，居住地域の医療・福祉機関などの地域資源を活用しながら切れ目のない質の高いケアを提供するための地域支援システムを確立するための方法として，地域連携パスの作成は不可欠である。乳がん患者が在宅療養の場に移行後の地域資源の活用方法及び外来治療を継続する際のニーズを明らかにすることは，今後適切な時期に看護介入をするための基準を作成するための貴重な資料となる。また看護ケアの継続性に関する実態把握を包含していることから，今後の継続看護の評価資料としての意義は大きい。

Ⅱ．研究方法

1〕調査対象：本院にて乳がんの診断を受け，入院・手術・退院後地域の外来にて継続治療及び看護ケアが必要と判断された者
2〕調査期間：2009年9月1日～2010年2月
3〕研究方法：第1段階として病棟看護師，外来看護師，地域連携部署と月１回ずつ，乳がん患者に関する在宅療養の場の移行調整に関する事例検討会を行い，移行調整に関する促進と阻害となる要因を抽出する。第2段階として乳がん患者を担当する本院及び地域の看護師を対象に，ケア継続性に関する課題を半構成的面接法による質的記述的研究方法にて実施する。
4〕分析方法：第１段階及び第２段階とも質的帰納分析法にて行った。
5〕倫理的配慮：本研究は，自治医科大学附属病院疫学倫理審査会の承認を受けて実施した。

Ⅲ．結果

1．乳がん患者の在宅療養の場の移行調整に関する内容抽出：事例内容総数は６事例であった。その中より在宅療養の場の移行調整に関する内容を抽出した結果，データ総数は55，サブカテゴリー10，最終カテゴリーは＜保険制度の理解と活用の困難さ＞＜在宅移行迄の手順に関する知識不足＞＜退院準備に向けて多職種間の意識の相違＞の3つが抽出された。主に乳がん患者はクリティカルパス以外の再発した者や終末期等のいわゆる重症度の高い対象者に対する移行調整の困難さの事項が明らかになった。
2．乳がん患者のケア継続性に関する内容抽出：本院で手術治療が終了した乳がん患者が，居住地域で継続治療及び継続ケア上の課題に関する内容を抽出した結果，データ総数は103，サブカテゴリー17，最終カテゴリーは，＜地域連携する上での役割り葛藤＞＜緩和ケアチーム及びコンサルテーションとの関わり＞＜地域病院の医師との連携の困難さ＞＜多職種間のコミュニケーション不足＞の４つが抽出された。主に乳がん患者は，本院で手術治療を終了後，地域病院にて継続治療を受けるが，本院の医師の出張先になっている病院が多くを占め，看護ケアの課題は口頭やサマリー等の記録類もなく継続に必要な情報が中断されている内容が多かった。医師は，乳がん患者を一貫した治療対象者として役割りを担うことができるが，他の職種に関しての継続性は，乳がん患者本人より必要情報を適宜きき対応せざるを得ない状況であることが明らかになった。

Ⅳ．おわりに

乳がん患者が高度医療機関にて主に手術目的で治療実施後，居住地域の医療機関へ継続治療およびケアは実施されていたことは明らかになった。しかし連携する手段として口頭や記録の共有及びそれを担う人材育成を含めた高度医療機関と地域医療機関との継続支援連携システムが未だなされ

ていないことが大きな課題であると考える。今後乳がん患者の病状レベル，家族，社会的，経済的な状況等を総合的にアセスメントした上で，療養の場が移行しても切れ目のないケア継続性されるための仕組みづくりが急務である。

文　献

・佐野カンナ：退院調整の現状と今後の課題，看護展望49〔1〕，23—29，2010

研究課題：**不妊女性の心理的サポート・プログラム考案の試み　―第１報―**

共同研究組織：
研究代表者　齋藤　良子（看護学部　准教授）
共同研究者　西岡　啓子（看護学部　助教）
西脇　京子（附属病院看護部　看護師）
田村恵理子（附属病院看護部　看護師）

執行した研究費総額：
299,038円（配当額　300,000円）

Ⅰ．はじめに

不妊は不妊症夫婦にとって最もストレスの高い人生経験[1]であり，先行研究では不妊女性に共通する情緒的反応（驚き，否認，怒り，罪悪感，抑うつ等）を明らかにしている[2]。一方，精神・内分泌・免疫学領域における研究では精神的要因が免疫学的影響を及ぼすとしている[3]。不妊女性のストレスと免疫学的指標との関係について明らかにした報告は現在皆無に等しいが，原因不明習慣性流産患者のリスクファクターである「NK細胞活性高値」が原因不明不妊症女性にも確認されている[4]。NK細胞活性は妊娠初期において妊娠継続に重要な役割をもつ[5]ことから，精神，神経，免疫および内分泌学との関連を考慮すると，不妊に対する心理反応を客観的に評価し，適切な精神心理的介入をすることが生殖医学に有益であると考える。

自治医科大学附属病院産婦人科外来では「生殖医学センター」を開設したところであり，看護職も不妊治療中の患者から質問を受ける機会が多く，専門的なかかわりの必要性を痛感したことをきっかけに，日本生殖医療心理カウンセリング学会認定の「不妊相談士（不妊コンサルタント）」を２名の看護師が既に取得している。今年度さらに1名の看護師が同課程を受講予定であり，不妊女性の心理的サポート体制を充実させる準備を始めている段階にある。

そこで本研究では，自治医科大学附属病院産婦人科外来における不妊女性の心理的サポートシステム及び個別的な心理的サポート・プログラムを考案することを目的とする。

Ⅱ．研究方法

１．研究代表者及び共同研究者全員が各自所属している学会や研修会等に積極的に参加して最新の情報や知識を得ると共に，他施設の医療従事者との情報交換や意見交換を通じて生殖医療における心理的サポートの現状を理解する。２．さらに，心理的サポート体制を充実させている医療機関に研修で赴き，具体的な介入方法や予防的介入方法（カウンセリングや音楽療法，アロマセラピー，ヨガ等）の実際を学ぶ機会を得る。３．年間を通じて随時，本研究グループ内で検討会を設定し，各自の学びや研修報告等をすると共に，本附属病院の不妊外来の現状を共通理解しながら実践可能かつ適切な心理的サポート体制及び個別の心理的サポート・プログラム案を検討し，作成する。４．作成した心理的サポート体制及びサポート・プログラムについて，生殖医療専門医も交えてさらに検討を重ね，本学の倫理審査を受けて臨床応用していく。

Ⅲ．結果

平成21年度は上記研究方法の１～３．について実施した。特に，「不妊相談士」既認定者のためのフォローアップを目的とした継続研修に参加し，不妊相談士に必要な援助技法や質問技法を習得することに力を入れたが，次年度以降は一部計画を修正し，他医療機関を対象に具体的な心理的サポート体制や代替医療の導入状況についてアンケート調査を実施する予定である。

Ⅳ．研究発表の実績・予定

日本生殖医療心理カウンセリング学会において発表予定である。

Ⅴ．引用文献

１）Freeman EW., Boxer AS., Rickels K., Tureck R., Mastroianni L Jr. : Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. Fertil Steril, 43; 48-53, 1985.
２）Menning BE. : The psychosocial impact of infertility. Nurs Clin North Am, 17; 155-163, 1982.
３）Strauman TJ., Lemieux AM., Coe CL. : Self-discrepancy and natural killer cell activity:

Immunological consequences of negative self-evaluation. J Pers Soc Psychol, 64; 1042-1052, 1993.

4）Matsubayashi H., Hosaka T., Sugiyama Y., Suzuki T., Arai T., Kondo A., Sugi T., Izumi S., Makino T. : Increased Natural Killer-Cell Activity is Associated with Infertile Women. Am J Reprod Immunol, 46; 318-322, 2001.

5）Aoki K., Kajiura S., Matsumoto Y, Ogasawara M, Okada S, Yagami Y, Gleicher N. : Preconceptional natural-killer-cell activity as a predictor of miscarriage. Lancet, 345; 1340-1342, 1995.

研究課題：**ALS患者の療養生活支援における医療機関地域連携部門の看護職の役割に関する研究**
共同研究組織：
研究代表者　鈴木久美子（看護学部　准教授）
共同研究者　春山　早苗（看護学部　教授）
塚本　友栄（看護学部　講師）
工藤奈織美（看護学部　講師）
小川　貴子（看護学部　助教）
島田　裕子（看護学部　助教）
薬真寺美佐子（附属病院地域医療連携部副部長）
須貝恵美子（附属病院地域医療連携部保健師）
執行した研究費総額：
284,474円（配当額　320,000円）

Ⅰ　はじめに

筋委縮性側索硬化症（以下，ALSとする）をはじめとする難病患者の療養体制づくりはこれまで保健所保健師が中心に行ってきた経緯があるが，近年，医療法改正や診療報酬改定に伴い地域連携部門を設置する医療機関が増え，地域連携部門が地域の在宅サービス機関と医療機関との連携において主導的な役割を発揮することが期待されている。ALS患者は定期的な外来通院の他に，病状進行に伴う医療器具装着や家族のレスパイト目的の入院等，長期にわたる医療面からの支援が必要となるため、療養生活支援において地域連携部門の看護職が発揮できる役割は大きいことが考えられるが，その詳細は明らかになってはいない。

そこで，ALS患者の療養生活に関わる支援ニーズと医療機関の地域連携部門の看護職が実施した療養生活支援活動の内容を明らかにして，ALS患者の療養生活支援における地域連携部門看護職の役割を検討することを目的として，本研究を実施した。

本研究では療養生活支援活動を、患者の円滑な療養生活移行および継続のために看護職が実施する，患者・家族への面接等による支援活動や，医療機関内外の他職種・他機関との調整等の活動と定義した。

Ⅱ　研究方法

1．研究対象

平成19年4月より平成21年3月までの期間内に本学附属病院地域医療連携部の看護職が療養生活を支援したALS患者のうち，人工呼吸管理を実施した8名について，看護職が作成している支援活動記録に記載された療養生活支援活動内容を研究対象とした。

2．データ収集項目

患者の属性（性別，年代，診断年），疾患の進行経過，日常生活状況，家族状況，支援活動の内容。

3．データ収集方法

研究者が対象者の支援活動記録から，情報を匿名化して上記項目を収集した。

4．分析方法

収集したデータは事例ごとに整理し，質的帰納的に分析した。

5．倫理的配慮

本研究は本学疫学研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した。研究の実施についての説明文書を本学ホームページの情報公開ページに掲示した。収集したデータは連結不可能匿名化し，厳重に管理した。

Ⅲ　結果

1．ALS患者の支援ニーズ

在宅療養に関わるニーズとして，病状の進行と生活状況に合わせた社会資源の導入，病状の進行を予測した医療機器の導入，病状進行と生活状況に合った療養生活についての相談支援，家族内の介護役割分担，退院に合わせた家族の介護方法の習得，等があった。人工呼吸器装着についての患者家族の意思決定に関わるニーズとして，患者と家族員個々の意思の明確化，患者と家族の人工呼吸器装着についての合意形成，患者と家族員個々の意思変化の確認，患者と家族の意思に沿った支援提供，等があった。在宅療養を支えるケアチームに関わるニーズとして，退院に向けたケアチームづくり，患者家族の在宅療養の意向が支援者間で共有されること，入退院の情報や患者の病状を支援者が適時に把握し継続的な支援が提供されること，等があった。

2．地域連携部門看護職の療養支援活動の内容

看護職は，1．のニーズ充足のために，外来受

診時に合わせて患者家族と面接を行い，病状や生活状況を把握して必要な社会資源を判断し，サービス内容や申請方法を説明して利用につなげていた。病院内においては入退院時に病棟部門と外来部門で継続的な看護が提供されるように情報提供や連絡調整を行い，必要に応じて診療報酬や医療機器管理の部門とも連絡調整を行っていた。在宅療養を支えるケアチームにおいては，他機関からの連絡窓口として機能し，病院内の諸専門職との連絡調整の役割を果たしていた。

Ⅲ　考察

地域連携部門看護職は，患者家族への直接的な支援だけでなく，病院内外の多岐にわたる機関や職種に働きかけており，患者と家族のニーズの充足のために，関係する職種や機関との連携において重要な役割を果たしていることが明らかになった。患者家族にとっては，長期にわたる療養生活において，医療機関側の部門を越えた継続的な支援者としての意義は非常に大きいと考えられる。

Ⅳ　終わりに

ALS患者の療養生活に関わる支援ニーズと医療機関の地域連携部門の看護職が実施した療養生活支援活動の内容を明らかにして，ALS患者の療養生活支援における地域連携部門看護職の役割を検討した。今後は，対象を拡大して分析を行い，役割の検討を深めることが課題である。

なお，本研究の成果を今後日本難病看護学会等で発表する予定である。

研究課題：**微弱無線タグを用いた看護師の所在確認システムの試験運用**
共同研究組織：
研究代表者　川上　　勝（看護学部　講師）
共同研究者　宇城　　令（看護学部　講師）
櫻井　美奈（看護学部　講師）
長井　栄子（看護学部　助教）
相賀　美幸（附属病院　臨床講師）
山中　　瞳（附属病院　看護師）
福田　真紀（附属病院　看護師）
執行した研究費総額：
183,627円（配当額　200,000円）

Ⅰ　はじめに

安全で安心な医療を提供するためには，医療現場で働く人たちの作業効率を高める事は不可欠である。そのために，業務量の把握に基づいた業務の見直しや物品配置等の工夫が必要である。

これまで，看護師の業務量は，主に質問紙調査または観察調査によって把握されてきた。質問紙調査は，多くの対象者を調査することが可能であるが，回答内容が対象者の記憶に依存するため収集データの信頼性の確保が課題となる。一方，観察調査は，観察者が対象とする看護師の業務を１～5分間隔で観察し，調査用紙に記録していくため，信頼性の高いデータが収集できる。しかし，対象者毎に観察者が必要となるため，対象者数や調査勤務帯・期間が限定される。このような課題を解決するために微弱な電波を発信する装置を用いた調査方法が提案されている。

本研究では，看護師の所在を確認する方法を確立するために，微弱無線タグを用いた所在確認システムを試験的に運用し，その有用性を検討した。

Ⅱ　研究方法

１．対象者

自治医科大学附属病院脳神経外科病棟に勤務する看護師30名（師長を含む）。

２．倫理的配慮

対象者に研究の趣旨や目的，方法等について文書を用いて口頭で説明し，書面にて同意を得た。

３．調査期間　22年2月1日～2月28日

４．調査エリア　上記病棟ナースステーション

５．データ収集方法

対象者に微弱無線タグ（以下，タグ）（TGS-T310,（株）九州テン）を配布し，勤務中は所持するよう依頼した。ナースステーション全体を受信エリアとなるよう，受信中継機（エリアトランスミッター，（株）九州テン）はナースステーション内の2箇所に設置した。記録用コンピュータ及び受信装置（リーダ/ライタ，（株）九州テン）はナースステーション内に設置した。データ収集にはアクティブRFID所在確認システム（三和コンピュータ（株））を用いた。

タグが受信エリア内に入った場合，タグIDが記録用コンピュータにリアルタイムに表示される。研究代表者または分担者は，毎日最低1回エリア内の看護師と必ず表示されているタグIDが等しいことと，各装置が正常に作動している事を確認した。さらに，タグ所持に関して対象者からのヒアリングを随時行った。

６．分析方法

対象者の勤務とタグのIDを連結し受信エリア内にあったタグの総数とそのタグを所持した対象者の勤務帯を時系列で集計した。また，各タグの受信エリア出入記録から，対象者のナースステーションにおける滞在時間を算出した。さらに，所在確認システムの作動状況に関する報告と対象者から聞き取った内容を分析した。

Ⅲ　研究結果

ナースステーションを受信エリアとしてタグの出入を把握する所在確認システムは，調査期間中においてトラブルなく稼動した。また，エリア内に存在したタグは所在確認システムによってもれなく把握できていた。タグ所持に関して対象者から苦情や要望等はなかった。

受信エリア内に存在するタグの数は1日の中で変化していた。8時～10時，16時～18時は多くの対象者がナースステーションに居た。一方，深夜勤務帯を中心にナースステーションに3分以上誰も居ない時間があった。

Ⅳ　考察

微弱無線タグを用いた所在確認システムは，対象者に負担をかけず，確実に所在データを記録することができるため信頼できるシステムであると考えられる。また，このシステムは，各タグのデータを所持した看護師の勤務帯と連結することで，どの勤務帯の看護師がいつどのくらいナースステ

ーションに居たかを明らかにできるなど，医療安全の観点からも有用性は高い。

本研究は，第5回医療の質・安全学会学術集会（平成22年）において発表し，同学会への投稿を予定している。

研究課題：**児がNICU入院中の母乳育児支援の効果についての研究**

共同研究組織：
研究代表者　角川　志穂（看護学部　講師）
共同研究者　成田　　伸（看護学部　教授）
齋藤　良子（看護学部　准教授）
西岡　啓子（看護学部　助教）
天谷恵美子（附属病院NICU師長・臨床講師）
金田　陽子（附属病院NICU主任）
塚田　祐子（附属病院産科病棟・臨床助教）
藤川　智子（藤川赤ちゃん相談室院長）
立木　歌織（大学院看護学研究科院生）
沼尾　美津穂（同上）

執行した研究費総額：
219,437円（配当額　246,000円）

Ⅰ．はじめに

早産や低出生体重によりNICUに入院した子どもにとって，母乳はその後の成育に不可欠で重要な栄養源である。早産児の母親は直接授乳開始までの間，長期にわたり搾乳で母乳分泌を維持する必要があるが，母子分離となっている状況において母乳分泌の確立・維持，搾乳の実施，直接母乳の確立・維持は母親にとって非常に難しい。児への直接母乳が開始されるまでの間，母親は搾乳を行っているが，早産児では正期産児に授乳している母親と比べて，乳汁分泌開始期の乳汁産生量が少なく[1]，産後2週以降の母乳分泌量が増えにくい[2]など，母乳分泌量を維持するには困難な状況が明らかになっている。そのため，母乳分泌の維持には多くの母乳育児支援が必要である。

本研究は，NICUに入院した子どもの母乳栄養率と，母乳育児を通じて母親の満足感の向上を目指し，NICUにおける母子への支援，母親が退院してから児が退院し，家庭での直接母乳が確立するまでの地域での支援について総合的に取り組むものである。

今年度は取り組みの１つとして母乳育児支援に関する勉強会を企画した。また，母乳育児支援プロトコールの作成にあたり，母乳育児を実施していく上で，母親の搾乳を中心として，母親自身が感じている困難の背景にはどのような要因があるのかを明らかにし，一資料とすることを目的に調査を行った。

Ⅱ．母乳育児支援に関する勉強会

支援体制構築のためには，母乳育児支援に携わる看護者が共通した最新の知識を持つことが必要である。そこで，平成21年6月10日に，産科カンファレンスルームにて，「NICUに児が入院している母親のための母乳育児支援」というテーマで，国際認定ラクテーションコンサルタントであり，未熟児・新生児病棟で助産師をしている講師を招いて行った。NICUスタッフを中心に助産学生等，多くの参加があり，母乳育児支援に関する知識を深めた。

また，先行研究による情報収集の結果，極早期に早産した母親の場合，搾乳には電動搾乳器を使用する方が適していることが明らかとなった。そのため，NICUでの電動搾乳器の導入に向けて，関連業者による勉強会を企画・実施した。NICUスタッフに対して，児の吸啜のメカニズムを含め，電動搾乳器の取り扱いについて説明があり，スタッフ全体で知識を共有した。その後，本研究の助成金で1台の電動搾乳器を購入し，NICU内で使用可能な状態にすると共に，必要時母親に指導する体制づくりを進めた。

Ⅲ．研究方法

１．対象

本学附属病院産科病棟において，早産あるいは2,500ｇ未満で児を出産し，児がNICUに入院している母親で，母児共に母乳育児に支障のある合併症等のない者とした。研究対象者の条件にあった児が入院していた場合あるいは新規に入院した場合，病棟管理者（病棟師長かつ共同研究者）が母親に対して研究参加について，文書を用いて説明を行い，文書での同意を得た。研究参加の依頼は，母児の状況の落ち着いた母親の退院前に行った。

２．調査内容及び方法

研究への同意が得られた後に，研究者が基礎情報シート（母親の妊娠・分娩・産褥経過，児の状況等）を記入した。また，週に1回の面会時に，研究者あるいは母親が1日搾乳量や搾乳回数，看護者への質問等の項目からなる調査用紙に記載し，児の退院または研究期間終了時まで定期的に記入

した。

３．分析方法

対象者1人1人の搾乳量および搾乳回数の変化を図式化し，搾乳への思いや搾乳を継続していく上での困難について，母親の語りや調査用紙に記述されている箇所を抽出し，個別に整理した。

４．倫理的配慮

対象者には，参加・途中辞退の自由意思の保障，匿名性の確保等を説明し，文書により同意を得た。また，母親の母乳関連の悩みや支援の希望に対しては，NICUスタッフあるいは研究メンバーが対応した。本研究は，自治医科大学臨床研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（第臨09-23号）。

Ⅳ．結果

7名の母親から同意が得られ，初産婦5名，経産婦2名であった。児の出生週数は平均30.0週（25週5日～34週5日）であった。

母親が退院した時点での搾乳回数の平均は5.8回/日（5～6回）で，1回搾乳量は平均30.0ml（10～50ml）であった。

搾乳状況の推移を見てみると，搾乳の最大量が500mlを越えたのは2人であり，そのうち1人は生後4日目から研究に参加したケースで，搾乳回数は1日4～5回であり，急速に分泌量が増加し，約7週間経過した時点で，1日搾乳量が500mlを超えていた。もう一人は双子の母親であり，両者とも児が退院した時の栄養方法が母乳栄養であった。

著しく低迷したケースは2人で，1人は妊娠33週0日で出生し，生後3日目から研究に参加したケースでは，研究に参加した4週間を通して，100～150mlで推移した。また，一番低迷したケースは，生後15日目から研究に参加し，1日3～4回搾乳を行っており，1日あたりの搾乳量が2ml程度の搾乳量であったが，ごく少量の搾乳を100日以上にわたって維持し，自宅での直接母乳に至っていた。

搾乳についての困難な体験としては，「搾乳に時間がかかる」こと，「家事や上の子の育児で時間どおりに搾乳ができず，回数が減少してしまう」こと等が挙げられ，搾乳量の減少について不安が生じている母親もいた。搾乳への思いとしては「手が痛くて，もっと搾りたいのに搾れない」「直母（直接母乳）をはじめたら，搾乳がすごく嫌になってきた」「左乳房に傷がある」等，搾乳による身体の負担や乳房トラブルに関する不安や負担が述べられた。

Ⅴ．考察

日本新生児看護学会と日本助産学会が2010年4月に発表した「NICUに入院した新生児のための母乳育児支援ガイドライン」で，搾乳について「できれば3時間毎，あるいは乳房が張ってきた感じがある度に2～3時間毎に，1日8回以上行う」ことを推奨しており，「1日の搾乳回数が5回未満になったりすると，母乳分泌不足傾向となりやすい」と警告している[3]。しかし，今回の調査の結果，母親が入院中は搾乳の時間が確保されていても，母親の退院後は家事や育児に追われる生活となり，NICUに入院している児だけに集中できない現状があり，搾乳を継続していくことは厳しい状況であった。また，母親自身の体調も搾乳に大きく関係し，産後の体調不良やストレスから搾乳量の低下につながっている実態が明らかとなった。そのため，今回の対象者では搾乳量が少ないため，さらに搾乳に時間をかけ，身体の疲労や手の痛み，乳房への負担が生じ，搾乳回数の減少，搾乳量の減少につながるという悪循環が起こっている可能性が考えられた。これらのことから，退院後の搾乳継続に向けての母乳育児支援として，少しでも母親の負担が軽減するよう，電動搾乳器の使用について情報を提供していくことも必要であると考える。

Kavanaughら[4]の研究によると，早産した母親は，母乳を与えることはわが子のためにできる唯一のことであると考えていることが多い。今回の調査でも搾乳量はごくわずかでありながら，搾乳を継続し続け，直接母乳に至った事例があった。母親が退院後に搾母乳を届けることは，そのことで児との強いつながりを実感し，児に母乳をあげられるのは自分だけだという自信につながると考える。そのため，母親の搾乳に対する身体的・精神的ストレスが最小限となり，自信を持って母乳育児を継続していけるよう，日々悩みながらも，わが子のために努力をしている母親の気持ちを受けとめ，支えていくケアの継続が重要であると考える。

Ⅵ．今後の課題

今年度の段階では，母乳育児支援体制を構築するまでには至らなかった。しかし，産科病棟を退

院した母親に対して支援をしていくNICUスタッフ全体の母乳育児に対する知識は，勉強会を通じて徐々に深まってきていると考える。次年度は支援体制の構築に向けて，産科スタッフおよびNICUスタッフと協同してさらなる努力をしたい。

調査研究については，全データ収集終了後に分析を加え，栃木県母性衛生学会，日本母性看護学会等で発表予定である。

Ⅶ．おわりに

早産や低出生体重等の理由により，母子分離を余儀なくされた母親にとって，搾乳をして児に母乳を与えることは母親にとっても大きな意義がある。しかし，今回の調査において母親が退院した後，自らの生活がある中で，搾乳を継続していくことは，多様な困難があることが明らかとなった。

今後はより一層，母親の体調や社会的背景を理解しながら，母親の精神面のサポートをしつつ，無理なく搾乳を継続できるような病院および地域での支援体制の構築が必要性である。

文　献

1）Jones E, King C編／板橋家頭夫監訳：エビデンスに基づく早産児の栄養管理．メジカルビュー社，74，2007.

2）大山牧子：NICUスタッフのための母乳育児支援ハンドブック．第2版，メディカ出版，55，2010.

3）平成18年度・19年度NICU入院児の母乳育児支援委員会：NICUに入院した新生児のための母乳育児支援ガイドライン．日本新生児看護学会・日本助産学会，11，2010.

4）Kavanaugh KM, Zimmermann BP,et al : The rewards for mothers of preterm infants. Journal of Human Lactation, 13, 15-21,1997.

研究課題：**ペースメーカー埋め込み術を受けた患者の退院後の生活における困難とその対応**
共同研究組織：
研究代表者　段ノ上秀雄（看護学部　助教）
共同研究者　中村　美鈴（看護学部　教授）
内海　香子（看護学部　講師）
崎田マユミ（看護学部　講師）
松本　幸枝（看護学部　講師）
武正　泰子（看護学部　助教）
執行した研究費総額：
429,880円（配当予算　450,000円）

Ⅰ．はじめに

近年，ペースメーカー埋め込み患者（以下，埋め込み患者）数は，高齢化，埋め込み対象疾患患者数の増加に伴い増加してきている[1)]。

埋め込み患者は，自己検脈などの自己管理を行う必要があり，さらに，電磁波の影響を受ける恐れがあるためMRIが禁忌になる[2)]など，いくつかの生活の制限を受ける。それらには，電磁波を使った調理具の使用を避ける，リード線断線を防ぐため腕を強く伸ばさないなど，日常生活に影響を及ぼす困難があると考えられる。患者のQOLの視点から，それらの困難が，退院後の日常生活にどのような効果または影響を及ぼしているかについて評価し，必要な看護を体系化することは，重要な看護の課題である。

以上の背景より，ペースメーカー埋め込み術を受けた埋め込み患者が，退院後の生活においてペースメーカーを埋め込んだことに関して，困難に感じている内容およびその困難への対応について明らかにすることために，まず，国内における先行研究を概観することを目的とした。

Ⅱ．研究方法

１．用語の定義

本研究において，以下のように用語を定義した。

『生活』を職業（専業主婦含む）生活，家庭生活および地域生活，『困難』を何かを実行する，または実行できないとき人が，困る，難しいと感じることや，不快，負担，不安に思うこと，『対応』を本人自身の，あるいは他者の支援をもちいて，工夫や調整を行い，困難に対して適切な処置をとること，とした。

２．文献検索と分析方法

医学中央雑誌の文献データベース（検索対象期間は2004～2009年）を用い，「ペースメーカー」および「生活」「困難」「自己管理」「指導」をキーワードとした複合語検索により論文を抽出した。そして治療の症例報告などを除去するため，タイトルとキーワードの中に，「生活指導」，「日常生活」，「生活の質」「退院指導」を含むものを当該課題に関する文献として抽出した。そして，重複するものを確認した。

次に，文献内容を吟味し，扱われた内容を分類し，その中から特にペースメーカー埋め込みが及ぼす成人の生活への影響に関わる事柄を扱っている内容を抽出した。

Ⅲ．結果

抽出した結果の論文の総数およびその内訳を表1に示す。重複を除いた結果，特定された文献は56件であった。

分析の結果，症例報告や診断，治療について述べた医学系文献が25件，医療系教育文献が1件あり，それらを除いた26件が，ペースメーカー埋め込みに伴う生活上の注意事項，退院指導などについて述べられた文献であった。

Ⅳ．考察

最終的に抽出した文献のうち，原著論文は，SF-36などを用いて量的に退院後のQOLを測定したもの[3)]，パンフレットの改定や退院指導におけるビデオの導入など業務改善[4, 5)]と，特に子どもを対象とした日常生活の注意点について扱っていたもの[6)]などであった。アンケートによる量的な集計や業務改善，小児を中心としたものであったため，成人の埋め込み患者への日常生活への影響を具体的に取り上げるものではなかった。

原著論文以外では，既存の知見をまとめた解説，解説／特集[7~11)]が最も多く，次に，パンフレットの作成・見直しや外来での関わりについて等の会議録[12~14)]が多かった。これらが触れているものは，表2の内容，例えば自己検脈，圧迫の防止，電磁波干渉についての項目が最も多く見られる。これは，ペースメーカーのガイドラインに記されている内容に沿って導き出されたものと考えられる。

うち1件，日常生活における注意点について，7

つの下位項目に分けて，より具体的・詳細に記しているものもあった[15]（表3）。しかし，埋め込み後の生活について予測されるこれら項目をどのように導出したか，また，その指導した後の効果については記述されておらず，不明であった。

さらに海外における先行研究を概観する必要があるが，埋め込み術を受けた埋め込み患者の，生活における具体的な困難について明らかにされた国内の研究報告は見当たらなかった。患者のQOLの観点からは，具体的な埋め込み術後の生活における困難を導き出し，それに基づいた生活指導について内容を検討することが望ましいと考えられる。それにより，機器の管理上必要となる事柄以外のことについて抱くと予測される不安・気がかりなどへの看護について検討できると考えられる。

Ⅴ．結論および今後の課題

今回の結果より，今後，埋め込み患者の退院後の生活上の困難について具体的に明らかにすることが重要な課題である考えられた。

この結論を受けて，質的帰納的研究デザインによる，ペースメーカー埋め込み術を受けた患者およびその家族が，退院後の生活においてペースメーカーに関して困難に感じていることおよび，その困難への対応について，ガイドを用いた半構造化面接法によるインタビューを行うこととした。

自治医科大学看護学研究倫理審査会の承認を得た後，予定症例数10名のうち平成22年3月までに対象として選定した2名の埋め込み患者に対してインタビューを実施した結果，ペースメーカー埋め込みに関する生活上における困難やそれらへの対応についての語りが得られた。

今後，インタビューを継続し，分析を行っていく。また，すでに収集したデータの分析も進め，ペースメーカー埋め込んだことに関して困難に感じていることおよびその困難への対応について，カテゴリーを導出し，結果を考察する予定である。

引用文献

1）奥村謙，安倍治彦，小川聡ほか：ペースメーカ，ICD，CRTを受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン，Circulation Journal，72(Suppl.Ⅳ)；1175-1192，2008.

2）林雅道，庄田守男：【不整脈診療ステップアップ】ペースメーカ・植込み型除細動器（ICD）患者の日常生活上の留意点，JIM: Journal of Integrated Medicine，18(9)；772-775，2008.

3）松本麻央，緒方朝美，宮崎陽子，相良広美，光武千春，松本一輝：ペースメーカー移植前後のQOL変化の実態　健康関連QOL尺度SF-36を用いて，日本看護学会論文集:：看護総合，37；138-140，2006.

4）高谷晴子，佐々木ひろ子，佐々木英子：ペースメーカー植え込み術患者の外来での日常生活指導　パンフレットを作成して，秋田県農村医学会雑誌，50(1)；33-34，2004.

5）高倉千ほみ（名鉄病院），浅井友香子，市原純子，船橋澄代，坂井利ヱ子：ペースメーカー挿入患者へのパンフレット作製を試みてペースメーカーの受入れと自己管理の観点から，名鉄医報，39；110-113，1997.

6）鎌倉加奈子，菅原厚史，前田明子，溝脇尚美，中林頼子：ペースメーカーを入れている子どもの日常生活の注意点への対応，大阪府立母子保健総合医療センター雑誌，24(1)；8-12，2008.

7）奥山裕司：【これだけは知っておきたい不整脈の診かたと治療のポイント】　不整脈診療のQ&A　ペースメーカ・ICD患者の日常生活と診療上の注意点，Medicina，42(4)；660-662，2005.

8）高鍋なつみ，村田真実：CARE for ONE　症例から学ぶケアのヒント　ペースメーカー植込み術を受けた高齢者患者への生活指導　段階的な指導を試みて，ハートナーシング，20(10)；1004-1011，2007.

9）角田久子，打越恵子，木間美津子：【心身ケアに生かす!　ペースメーカーとICD植込み術のおさえどころ37】ペースメーカー植込み患者さんへの心身ケアのおさえどころ06～09，ハートナーシング，20(9)；871-876，2007.

10）木藤純子（京都桂病院心臓血管センター）：【心身ケアに生かす!　ペースメーカーとICD植込み術のおさえどころ37】ICD植込み患者さんへの心身ケアのおさえどころ17～21，ハートナーシング(0914-2819)，20(9)；886-892，2007.

11）豊島健：【ICD（植込み型除細動器）治療と看護】　ICDへの電磁波による影響と日常生

活上の注意点，看護技術，51(2)；145-150，2005.
12）伊藤敦子，竹内まさよ，井島弘幸，土田里子，淡路静佳，堀由記子，佐々木雅子，渡邊良子：ペースメーカー術式変更による入院日数短縮に伴う生活指導の検討，秋田県農村医学会雑誌，52(1)；24，2006.
13）鈴木麻衣，赤塚あさ子，安藤まり子，星野朱美：低心機能患者における両心室ペースメーカー植え込み術後の生活変化について，日赤医学，56(1)；p333，2004.
14）高橋英治，高沢謙二，山科章：高齢者のペースメーカー植え込みに伴う脳への影響，日本老年医学会雑誌，43(Suppl.)；137，2006.
15）唐沢善子：【ベーシック講座　ペースメーカーの治療と看護】　ペースメーカー患者の看護と生活指導，ハートナーシング，16(10)；1021-1029，2003.

表1 論文検索と抽出結果の概要

	キーワード	検索総数	抽出総数	会議録	会議録/症例報告	解説	解説/特集	原著論文	原著論文/症例報告	原著論文/比較研究
ペースメーカ＆	自己管理	6	2			1	1			
	指導	26	18	6		1	7	3		1
	困難	160	3					1	2	
	生活	92	47	10	1	4	17	6	7	2

表2 主に文献に記載されている指導項目

主に記載されている指導項目
自己検脈
安静の保持
圧迫防止
ペースメーカー手帳の携行
電磁波干渉について

表3 日常生活における注意事項

項目	注意点に対する指導内容（概要）
労働	特に制限はなく植え込み前の職業に復帰できるが，高所での作業など注意を要するものは医師との相談を勧める．
運動	ゴルフ・散歩などは良いが，ペースメーカーに直接外力がかかる鉄棒・腕立て伏せを避ける．
旅行	飛行機の搭乗に問題はないが，金属探知機に反応するのでペースメーカー手帳を提示することを指導する．
車の運転	1ヶ月後の受診にて異常がなければ行って良いが医師との相談を勧める．車のボンネットを開け，エンジンルームを覗き込むことは禁止．
入浴	挿入1週間を過ぎ，創が安定すれば良い．入浴時に植え込んだ部位の皮膚の状態をチェックし，異常時には受診するよう指導．
自覚症状	頭痛，めまい，不整脈感，胸痛，浮腫などの症状に注意する．
電気製品に関する注意	高電圧設備など影響を受ける場所，また電化製品などアースを使用すれば大丈夫なもの，IH炊飯器や携帯電話など距離を守り挿入部位に直接近づけなければ大丈夫なものなどを説明する．また電磁干渉による異常時はすぐに離れることで解消することを伝え，過剰な不安を持たないよう指導する．

※基本的に注意事項を理解したうえで日常生活は特に支障なく何でもできるとしている

自治医科大学看護学ジャーナル投稿規程

１．投稿資格

投稿できる筆頭著者は，自治医科大学看護学部の教員，自治医科大学大学院看護学研究科院生，研究生，学校法人自治医科大学に所属し，かつ看護職にある者，その他編集委員会が適当と認めた者とする。なお，筆頭著者以外については，この限りではない。

２．原稿の内容

原稿の内容は，看護学およびそれに関連するものとし，原則として未発表のものとする。

３．原稿の種類

原稿の種類は，「総説」，「原著」，「短報」，「報告」，「資料」，「その他」編集委員会が適当と認めたものとする。

４．投稿原稿の採否

投稿原稿の採否は，１編につき３名の査読者による査読を行い，査読者の意見に基づいて編集委員会で決定する。

５．投稿要領

１）原稿枚数

ｉ「総説」，「原著」，「報告」，「資料」は刷り上がり12ページ以内（図・表・写真 を含む），

ii「短報」は６ページ以内とする。

＊刷り上がり１ページは，和文原稿ではＡ４判タイプ用紙で約1枚，欧文原稿では Ａ４判タイプ用紙で約２枚に相当する。

＊なお，上記の枚数を超過した場合，その超過した部分にかかわる費用は著者の負担 とする。

２）原稿の様式

原稿は，Ａ４判，横書きの用紙を用いて，１頁22字×45行２段組とする。英文の場合 は，Ａ４判ダブルスペースとする。原則として新かなづかいとし，常用漢字を用いる。句読点は，全角文字の「，（カンマ）。（マル）」を，英字・数字は半角文字を用いる。単位や略語は，慣用のものを用いる。外国人名や適当な日本語訳のない術語などは原綴を用いる。

３）原稿の形式

ｉ　原稿の１枚目には，希望する原稿の種類，表題，英文表題，著者名，英文著者名，所属機関名，英文所属機関名，５語程度のキーワードを記載する。

ii　原稿の２枚目には，400字程度の和文抄録をつける。原著を希望する場合は，これに加えて250words程度の英文抄録をつける。英文抄録は，著者の責任においてネイティブチェックを受けること。

iii　原稿３枚目以降が本文とする（以下原稿の構成参照）

４）原稿の構成

原稿の構成は，原則として次のとおりとする。

Ⅰ．はじめに
Ⅱ．研究方法
Ⅲ．研究結果
Ⅳ．考察
Ⅴ．おわりに
文献

５）図，表および写真

図，表および写真には，図１，表１，写真１などの通し番号，ならびに表題をつけ，本文とは別に一括し，原稿の欄外にそれぞれの挿入希望位置を指定する。図，表および写真は，原則としてそのまま掲載できる明瞭なものとする。なお，カラー写真を掲載する場合，その費用は著者負担とする。

６）倫理的配慮

論文の内容が倫理的配慮を必要とする場合は，「研究方法」の項で倫理的配慮をどのように行ったのかを記載する。

７）文献の記載様式

⑴　文献は，本文の引用箇所の肩に[1)]，[1~5)] などの番号で示し，本文の最後に一括して引用番号順に記載する。文献の著者は，省略せずに全員を記載する。

⑵　雑誌名は，原則として省略しないこととするが，省略する場合は，和文のものは日本医学雑誌略名表（日本医学図書館編），英文のものはIndex Medicus所蔵のものにしたがう。

⑶　文献の記載方法は，次の例にしたがう。

①　雑誌の場合

著者名：論文題名．雑誌名，巻数（号数）；頁－頁，発行年（西暦）

例：１）緒方泰子，橋本廸生，乙坂佳代：在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担．日本公衆衛生雑誌，47(4)；307-319，2000.

２）Stoner M.H., Magilvy J.K., Schultz P.R.：Community analysis in community health nursing practice：GENESIS model. Public Health Nursing, 9(4);223-227, 1992.

②　単行本の場合

著者名：論文題名．編集者名，書名，発行所（発行地），頁－頁，発行年（西暦）.

例：１）岸 良範，佐藤俊一，平野かよ子：ケアへの出発．医学書院（東京），71-75，1994.

２）Davis E.R. : Total Quality Management for Home Care. Aspen Publishers(Maryland), 32-36, 1994.

⑷　特殊な報告書，投稿中原稿，私信など一般的に入手不可能な資料は，原則として引用文献としては認められない。

６．投稿原稿の提出

１）投稿原稿の提出は，上記の原稿および図表を4部提出する。

２）査読完了後の最終原稿には，原稿内容を保存している電子媒体（フロッピィディスク，CDもしくはUSB）を添付する。または，別途メール添付で原稿内容を提出する。

ⅰ　原稿内容のデータを提出する際，Macを用いる場合は，DOS/Vフォーマットを使用すること。

ⅱ　電子媒体のラベルには，学科目名，氏名，パソコンソフト名を明記する。

７．校正

著者の校正は初校のみとし，それ以降の校正は編集委員会において行う。

８．別刷

別刷は30部までは無料とする。それ以上の部数が必要な場合の費用は，著者の負担とする。

９．掲載原稿の著作権

本誌に掲載された原稿の著作権は自治医科大学看護学部に帰属する。 掲載された投稿論文を電子媒体（CD-ROM化）に取り込むこと，および，電子ジャーナル，オンラインジャーナル等に掲載することを承諾する。

編　集　後　記

本巻は，「自治医科大学看護学ジャーナル」に名称が変わってから，第４回目の発刊となります。本刊では原著７，報告７，資料２を掲載することができました。前巻と比べて原著論文は５本も増えて，本ジャーナルはますますその使命を果しているように思われます。

平成22年度は，編集委員長に本田芳香先生を迎えて，本ジャーナルの投稿規程の拡充や補足を行いました。原稿の種類の定義，投稿原稿の採否基準などについて，明示することによって，投稿者，査読者の助けとなるようにしました。これは，本ジャーナルの発足当時からご協力いただいた査読者，投稿者，編集委員の先生方の並々ならぬご協力とご理解のおかげです。この場をかりて深く御礼申し上げます。

（編集委員会副委員長；大塚公一郎）

自治医科大学看護学部編集委員会

委 員 長	本田　芳香
副委員長	大塚公一郎
委　　員	小原　　泉
	里光やよい
	鈴木久美子
	髙木　初子

自治医科大学看護学ジャーナル　第８巻

平成23（2011）年3月31日発行

発　行　者　　自治医科大学看護学部
　　学部長　　水　戸　美津子
編集責任者　　自治医科大学看護学部編集委員会
　　委員長　　本　田　芳　香
発　行　所　　自治医科大学看護学部
　　栃木県下野市薬師寺3311－159
　　電話　0285（44）2111㈹
印　刷　所　　㈱松井ピ･テ･オ･印刷
　　栃木県宇都宮市陽東5－9－21
　　電話　028（662）2511㈹