ISSN 2185-4475

自治医科大学看護学ジャーナル

Jichi Medical University Journal of Nursing

第 13 巻

2015

目　　次

実践報告

一特別養護老人ホームにおける重度の摂食・嚥下障害を有する入所者の
安全で安楽な経口摂取に向けた看護職の役割行動―看護–介護連携に着目して―
清水みどり，吉本照子，杉田由加里…… 3

資　料

重症心身障害児が病院から在宅療養へ移行する際の母親の迷い
玉村　尚子…… 11

看護学部教員共同研究報告

へき地における小児看護のあり方の検討
－医療機関と学校との連携を焦点として－…… 23

第三次医療施設で出産した母子と家族に対する
家族学級を通した継続看護の検討…… 24

終末期がん患者とその家族の意思決定支援に関する
リフレクティブプログラム…… 25

看護学実習の教育的アプローチの視点から捉えた
実習指導スキルの検討…… 26

町村保健師への新任期現任教育における保健所保健師の役割…… 27

嚥下機能評価用スプーンの開発…… 28

安全帯解除基準の効果に関する実証的研究…… 29

上部消化管がん術後患者の術後機能障害の緩和を目指した
看護師の教育的関わりの検討…… 30

看護学生向けICLSコースにおける看護教員の役割
～病棟急変場面における意図的な声かけ～…… 31

卒後2年目研修のあり方のための基礎的研究 …… 32

特定機能病院における入院高齢者の退院・在宅療養支援の実施状況の評価
―電子カルテデータを用いた退院調整加算評価前後の比較―…… 33

学生の学習状況・学習環境状況調査…… 34

第14回自治医科大学シンポジウムポスターセッション抄録
妊娠糖尿病療養支援助産師育成プログラムの開発と研修会の開催…… 37

終末期がん患者の在宅療養への移行に関する文献レビュー…… 38

終末期患者に関わる看護師の感情体験に関する文献レビュー…… 40

投稿規程…… 42

編集後記…… 45

実践報告

一特別養護老人ホームにおける重度の摂食･嚥下障害を有する入所者の安全で安楽な経口摂取に向けた看護職の役割行動 －看護-介護連携に着目して－

清水　みどり[1)]・吉本　照子[2)]・杉田　由加里[2)]

Nurse’ Role Behavior for Safe and Comfortable Oral Intake of Elderly with Severe Dysphagia in a Nursing Home： From the Viewpoint of Nurse-Care Worker Collaboration

Midori Shimizu, Teruko Yoshimoto, Yukari Sugita

抄録：本研究の目的は，特別養護老人ホームで重度の摂食･嚥下障害を有する入所者が，最期まで可能な限り安全で安楽に経口摂取するのに必要な看護職の役割行動を明らかにすることである。1施設の聴取調査から，6つのカテゴリー【入所者の全身状態を看ながら経口摂取の可能性を極力保持する】【予想される病態の変化に対して予防的なケアを行う】【摂食・嚥下機能の向上に努め食事を味わえるようにする】【看護職・介護職の役割遂行における不安・負担を軽減する】【経口摂取支援の過程で手を尽くし随時入所者の最善を念頭に家族・介護職と合意を形成する】【各職種の経口摂取支援に関する力量開発を促す】が抽出された。

看護職は安全を確保しつつ，入所者にとっての最善を中核として，関係者が経口摂取の可否に納得できるように，事実および予測をもとに医療的な根拠を説明して合意形成を支援し，各職種自身の経験学習と力量開発を支援する役割を担うと考えられた。

キーワード：経口摂取，重度の摂食・嚥下障害，看護職の役割行動，特別養護老人ホーム

Key Words：oral intake, severe dysphagia, nurse’ role behavior, nursing home

Ⅰ．はじめに

高齢者にとって食べるという行為は生命の維持に有用な効果があり[1)]，一連の心理的充足感を得るための行為である。食べるという行動は心身機能の維持だけでなく，他者との交流や四季折々の食文化の体験は，高齢者にとって残された人生の質に関わる[2)]といわれている。食事を摂る機能と食事に対する自発的な意欲は，他の機能や意欲と比較して残存しやすい[3)]という調査結果もあることから，経口摂取支援は高齢者ケアの重要項目の１つと言える。

一方，高齢者は加齢とともに摂食・嚥下機能が低下し，高齢者の摂食・嚥下障害の有病率は，介護施設では59.7％～45.3％[4)]，欧米では40～60％[5)]，韓国では52.7％[6)]と報告されている。我が国の肺炎による入院のうち，誤嚥性肺炎の割合は60.1％，患者の75％が70歳以上で，80歳以上では80.1％という報告[7)]がある。摂食・嚥下障害は生命予後を規定するだけでなく医療費や介護負担の面からも対策

1) 自治医科大学看護学部
2) 千葉大学大学院看護学研究科
1) JICHI MEDICAL UNIVERSITY SCOOL OF NURSING
2) CHIBA UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF NURSING

が必要[8]とされ，施設へ与える影響が大きい[9]ことも指摘されている。

以上のことから高齢者施設における経口摂取支援は，本人が希望する限り，経口摂取が可能な心身機能を維持できるよう健康管理を行うこと，摂食・嚥下障害を持つ高齢者であっても食べるという行為を通じて心が満ち足り安らかな状態になるよう援助すること，可能な限り誤嚥・窒息を回避して安全に，安心して食べられるよう介助することが重要であると考える。

特別養護老人ホーム（以下特養とする）では，平成27年度から入所者は原則要介護3以上になり，心身機能の障害がより重度化した高齢者の増加が予測される。入所者の平均年齢は85.0歳（平成22年），後期～超後期高齢者が6割占めている[10]。入所者の摂食・嚥下機能は内的・外的要因の影響を受けやすく，一時的な体調不良で機能が低下した場合，機能回復を怠ると関連筋群の廃用化が進み，栄養や水分摂取が困難になりさらに廃用が進むといった悪循環を引き起こす可能性が高い。誤嚥性肺炎の発症は高齢者への心身の負担が大きいだけでなく，業務量の増加や入院になった場合の減収など施設側にも負担も大きい。

特養1施設あたりの看護職員配置（常勤換算）は，看護師2.1人，准看護師1.9人で准看護師が47.5％を占め[11]，病院の20.5％[12]と比較して准看護師の割合が高い。看護職員数は「3～5人未満」の特養が53％で最も多く[13]，平均年齢は45.5歳，特養の看護リーダーは，40歳～50歳代が82.9％を占め，看護師資格者が70.2％，准看護師は29.1％[14]となっている。准看護師が特養の看護職の約半数，看護リーダーの3割を占め，その中で重度の摂食・嚥下機能低下をみとめる入所者に十分なケアを提供していく必要がある。

在宅・施設入所者を対象にした調査[15]では，摂取している食形態と嚥下機能検査で適切と判断された食形態が一致しないケースが報告されている。 特養の介護職を対象にした調査[16, 17]では，摂食・嚥下障害を持つ入所者の食事介助において，嚥下や食事の形態，援助技術に不安を感じていることが報告されている。療養型病床群・介護老人保健施設の看護職を対象にした調査では，摂食嚥下機能のスクリーニングテストや，基礎訓練に関する知識・実践力が低い[18]ことが報告されており，特養の看護職も同様の状況にあることが推察される。

摂食・嚥下機能が低下した高齢者の経口摂取支援における看護師の役割に関する知見[19, 20, 21, 22]は，主に病院での実践をもとに蓄積があり，多職種協働型の摂食・嚥下リハビリテーションとして医療専門職がチームとなりプログラム化されて成果を上げている[23, 24]。しかし既存の看護指針やケアプロトコールには施設での介護職との連携や，摂食・嚥下機能が悪化した際の看護職の役割について示されていない。摂食・嚥下機能が低下した入所者が悪化と回復を繰り返しつつ可能な限り食べる機能を維持し，安全・安楽に摂取できるようにするためには，看護・介護職が効果的に連携し看護職だけでなく食事介助など生活援助を担う介護職の力量向上が不可欠であると考える。

本研究は，重度の摂食・嚥下障害をもつ特養入所者が最期まで可能な限り安全で安楽に経口摂取するために必要な看護職の役割行動を明らかにすることをめざして，経管栄養から経口摂取移行に取り組む１施設の看護職の役割行動を抽出することを目的とした。

Ⅱ．研究方法

１．研究期間：平成27年6月～8月

２．研究協力施設および研究協力者の選定：研究協力施設は「最後まで自分らしく生きる」を目標に，経管栄養から経口摂取移行に取り組む従来型特養である。入所定員50名，短期入所定員11名，入所者の平均年齢84.4歳，平均要介護度3.96，看護職4名（うち非常勤1名）。

協力施設では，全職員が共通の生活支援に対する考え方と方法に基づいて，利用者の生活全体に働きかける経口摂取支援，具体的には脱水を改善し意識レベルを向上する，日常生活動作（以下ADL）を向上し咀嚼を始めとする筋群を向上する，栄養状態を改善する，排便を促す，を行っている。介護力の向上のためスタッフは定期的に外部講習会に参加している。

研究協力者は，実践に携わりながら施設の経口摂取支援の実態と経過を把握できる立場にあり，かつ自身のケア実践を言語化できる看護師または准看護師，介護福祉士とし，協力施設勤務経験は3年以上の者とした。研究協力の承諾を得た施設の施設長から，研究協力者の条件に該当する准看護師1名，介護福祉士2名を推薦していただいた。

３．データ収集方法：研究協力者に，経口摂取支援で上手く行った/苦労した/上手く行かなかったケースを想起してもらい，半構成的インタビューを行った。インタビュー内容は，経口摂取支援の内容，ケア方針の決定方法と決定者，他職種への支援内容，他職種からの支援内容，経口摂取支援で重視し実行していること，などであった。インタビューは1回60分程度で2回行い，2回目は1回目の内容から抽出された行動と意図の妥当性の確認および不足部分のインタビューを行った。インタビュー内容は，研究協力者の許可を得た上で録音した。

４．データ分析方法：録音したインタビュー内容から逐語録を作成し繰り返し精読した。逐語録から研究協力者の経口摂取支援に関連する行動について，意図と行動を含み，文脈がわかる範囲を分析単位として抽出した。分析単位を「～（意図）のために～（行動）する」と要約した。行動の意図が不明な場合は，2回目のインタビューで確認した。次に分析単位の要約の一覧表を作成し，意図の類似性に基づき分類してサブカテゴリーとしサブカテゴリー名を命名した。同様にサブカテゴリーを類似性に基づき分類しカテゴリーとして命名した。なお本研究では，介護福祉士のデータは看護職の実践を補足するために用い，看護職によって語られなかったが介護福祉士が認識している看護職の行動があった場合は，2回目のインタビューで看護職に確認した。また看護職によって語られた行動と，介護福祉士が認識している看護職の行動が一致しているか否かを確認した。その理由として，看護職の支援行動の抽出に漏れがないようにするためと，看護職が行う支援行動の全てが介護職によって認識されている訳ではないが，看護職の行動について一定の妥当性を確保するためである。

５．倫理的配慮：本研究は千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の審査を受け，承認を得て実施した。研究協力者には研究の概要，参加における任意性の保障，データ収集から公表におけるプライバシー･匿名性・個人情報の保護について文章と口頭で説明を行い，同意書への署名をもって研究協力の意思確認を行った。

Ⅲ．結果

１．研究協力施設および研究協力者

研究協力者の准看護師A氏（50歳代女性，医務室長）は，協力施設が介護力向上の一環として経口摂取支援に取り組み始めた時期から現在に至るまで，主に看護の管理者として関わっていた。介護福祉士B氏（40歳代女性，介護主任）も同様に全経過に関わり前半はスタッフとして，後半は介護の管理者として関わっていた。介護福祉士C氏（20歳代女性，サブリーダー）は，取り組みの早期から主にスタッフとして関わっていた。

２．経口摂取支援における特養看護職の役割行動

結果を表1に示す。カテゴリーは【　】で示す。

【入所者の全身状態を看ながら経口摂取の可能性を極力保持する】は，食形態の工夫や栄養補助食品で低栄養による咀嚼嚥下関連筋群の廃用を防ぎ，また経口摂取の中止は全身状態を悪化させることから，複数の看護職で介助技術等の影響を除いた嚥下評価を確認しあい入所者の個別要因を考慮した中止の判断が行われていた。

【予想される病態の変化に対して予防的にケアする】は，経口摂取を開始する前の体調を整え準備する時期の支援行動も含まれていた。脱水を予防し，水分摂取量増量に伴う心不全や浮腫の発症と悪化をモニタリングし，回避していた。経口摂取が開始になると，誤嚥の高リスク者を抽出して直接食事介助に入ったり，その日の介護職の人手や力量不足を補うために介助に入るなどして，対象者の嚥下状態を直接評価しながら窒息や誤嚥の回避に努めていた。

【摂食・嚥下機能の向上に努め食事を味わえるようにする】は，介護職と協力して口腔ケア等の口腔リハビリや離床を促し活動性を高めることで，摂食・嚥下に関わる筋肉を鍛え嚥下機能を改善していた。入所者の摂食・嚥下機能の向上に努めてできるだけ常食に近い，食材の内容がわかる食事を味わって食べられるように根気よく諦めずに取り組んでいた。

【看護職・介護職の役割遂行における不安・負担を軽減する】は，看護・介護職が経口摂取を支援するうえで生じる不安や負担感を軽減し，適切な役割遂行ができるようにするための行動である。協力施設では回診時に嘱託医に摂食・嚥下の状態を報告・相談しながら経口摂取の可否の判断は看護職が担っていた。判断の妥当性に対する不安や責任という精神的負担感に対し，複数の看護職間

表１　特養看護職による経口摂取支援

※表頭「介護職との一致」欄の記号　○：看護職と介護職が関わりながら取り組む支援で，双方が認識している看護職の行動
×：看護職と介護職が関わりながら取り組む支援で，看護職は認識しているが介護職はしていない看護職の行動
／：看護職が単独で取り組む支援で，看護職のみが認識してる看護職の行動

カテゴリー	サブカテゴリー	意図	分析単位の要約例	介護職との一致※
入所者の全身状態を看ながら経口摂取の可能性を極力保持する	入所者の全身状態を看ながら経口摂取の可能性を極力保持する	可能な限り口から食べてもらう	可能な限り口から食べてもらうために,経口摂取継続の可否の判断は介助技術等の影響を除いて複数の看護職で行う	／
		低栄養による嚥下機能の低下を避ける	嚥下機能の低下を避けるために食形態を変更し,高カロリー補助食品で低栄養を補う	○
		全身状態を悪化させない	栄養状態･全身状態を悪化させないために,経口摂取中止の基準は個人差を考慮して決定する	／
予想される病態の変化に対して予防的なケアを行う	入所者の誤嚥性肺炎の発症を回避する	誤嚥のリスクが高い入所者の嚥下状態を直接評価する	嚥下状態を直接評価するため,誤嚥性肺炎のリスクが高い入所者の食事を介助する	○
		その日のスタッフの配置からスタッフの力量不足を補強する	その日の介護職の力量不足を補うために,新人が多い部署に食事介助に入る	○
		その日の入所者の様子から看護職が介助すべき誤嚥の高リスク者を選定する	その日に気を付けて観察すべき人を選択するために,ラウンド番の看護職が入所者の常日頃の様子と今日の顔色や声がけ時の様子を比較しながらみる	○
		誤嚥性肺炎の発症や悪化をモニタリングする	誤嚥性肺炎を重症化させないために,発熱の頻度と持続時間から経口摂取の継続･中止を判断する	／
	入所者の心不全や浮腫の発症･悪化をモニタリングし回避する	心不全や浮腫の発症･悪化をモニタリングし予防する	水分摂取量の増加に伴う心不全の悪化を予防するために,浮腫が生じた場合は水分増量の中止を判断し介護職に伝える	○
		心不全予防の質を高める	心不全予防の質を高めるために,事前に嘱託医に水分増量に関する許可を得る	○
摂食･嚥下機能の向上に努め食事を味わえるようにする	摂食･嚥下機能の向上に努め食材の内容がわかる食事を食べられるようにする	食材の内容がわかる食事が食べられるようにする	普通の（食材の内容がわかる）食事に近いものを美味しく食べて頂くために,根気よく諦めずに経口摂取に取り組む	○
		摂食･嚥下に関わる筋肉を鍛えて嚥下機能を改善する	摂食嚥下に関わる筋肉を鍛えて嚥下機能を改善するため,介護職と一緒に口腔リハビリ,車椅子移乗などADLの改善を促す	×
看護職と介護職の役割遂行におけるの不安･負担を軽減する	経口摂取の可否の判断に対する自身の不安･負担を軽減する	経口摂取の可否の判断に対する自身の不安･負担を軽減する	経口摂取を中止するという自身の判断の正確さへの不安,責任･精神的負担感を軽減するため,看護職間で経口摂取の方針を吟味する	／
	介護職の食事介助によって起こる誤嚥への不安･負担を軽減する	誤嚥のリスクが高い入所者の食事介助にともなう介護職の不安･負担を軽減する	介護職の食事介助における業務の負担を軽減するため,介護職と一緒に食事介助に入る	○
		異常の発生に対する介護職の不安を軽減する	経口摂取に伴う介護職の不安を軽減するため,異常の報告があったらすぐに見に行き,必要な処置を行い経口摂取の可否の判断と対応策を介護職に伝える	○
		経口摂取に関するケア方針を統一し介護職の混乱を回避する	経口摂取の方針に対する介護職の混乱を回避するために,看護職間で経口摂取の方針について吟味したあと,カンファレンスで介護職に方針を伝える	／
経口摂取支援の過程で手を尽くし随時入所者の最善を念頭に家族･介護職と合意を形成する	摂食･嚥下機能の向上のための方策を介護職と共に考える	入所者のADLを直接確認し改善策を介護職に提案する	入所者のADLを把握し改善策を提案するために,介護職と一緒に口腔リハビリ,車椅子移乗等の日常生活援助に参加する	×
		安全で実現可能な水分摂取増量の方法を介護職に説明し協力してもらう	安全で実現可能な方法を介護職に説明し協力してもらうために,心不全を予防しつつ水分摂取量を増やす具体的な方法を提案する	○
	入所者の経口摂取の限界の見極めを介護職と共に考える	入所者の苦痛と身体状況のプロセスから経口摂取の限界を介護職と確認し納得できるよう促す	入所者の苦痛緩和の観点から経口摂取中止の判断を介護職に納得してもらうために,入所者の苦痛のプロセスをCWと共有し,増大した時点で中止の判断を伝える	×
		経口摂取に関する看護職の力量の限界を介護職に伝える	看護職のできること,できないことの限界を介護職に伝えるため,共に介助技術を学んでいることを伝える	×

カテゴリー	サブカテゴリー	意図	分析単位の要約例	介護職との一致※
	食べたいという入所者の思いに悩みながら応える	肺炎になっても食べたいという入所者の思いに応える	肺炎になっても食べたいという本人の意思表示に応えるために,医療者としての見解に悩みながらも介護職と一緒に経口摂取支援に取り組む	○
	経口摂取に対する家族の不安を軽減し,入所者にとっての最善をともに考える	経口移行で入所者に負担がかかることを心配する家族の不安を軽減し了解を得る	入所者に負担がかかることを心配する家族に経口摂取支援開始の了解を得るために,支援は本人の状態をみて食への意思表示があれば,少しずつ負担のない方法で進めることを説明する	○
		入所者にとっての最善を家族と話し合う	本人にとっての最善を家族と話し合うために,食べるとすぐ発熱する時点で入所者の食への意欲低下を伝え,経口摂取の再開について相談する	
		家族に入所者の嚥下状態を直接見て納得してもらう	家族に嚥下が困難なことを直接見て納得してもらうために,家族の面会時に入所者に蜂蜜を舐めてもらう	
各職種の経口摂取支援に関する力量開発を促す	介護職が根拠をもとに食事介助できるように促す	介護職がその日の状態から経口摂取中止の判断できるよう説明する	介護職が食事介助中に中止の判断ができるように,食事開始から痰貯留音が発生または増えた場合は食事介助を中止するよう介護職に伝える	○
		介護職が入所者の苦痛の観点から経口摂取の限界の見極めができるよう説明する	入所者の苦痛の視点から介護職に経口摂取の限界の見極めを学んでもらうために,経口摂取の再開により予測される発熱と入所者の苦痛を介護職に伝える	×
		介護職が経口摂取に関するスキルを学び安全･確実に実施できるよう説明する	浮腫を見落とす危険性とモニタリングの重要性を理解してもらうために,見落とした介護職に身体のメカニズムと浮腫についてわかりやすく説明し,気を付けるよう説明する	×
		介護職の介護技術をモニタリングするためラウンドする	危険な食べさせ方をする介護職を見つけてその場で指導するために,ラウンドしながらその都度姿勢を正すよう介護職に指導する	×
	看護職として経口摂取に対する考え方と方法および具体的な介助技術を学ぶ	高度なスキルを持つ介護職から食事介助技術を学ぶ	自身が高度な食事介助スキルを習得し指導に活かすため,介護職と一緒に食事介助に入る	×
		スタッフが依拠する経口摂取に関する考え方と方法を学ぶ	介護職が依拠する経口摂取に対する考え方と方法を学ぶために,講習会に参加する	○
		摂食嚥下に関する知識と技術を自己学習と施設内研修から学ぶ	摂食嚥下に関する知識･技術を習得するために,自己学習や専門家によるOJTを通じて学ぶ	
	職員が経口摂取に対する考え方と方法を学び実践を継続できるよう促す	職員が経口摂取に対する考え方と方法を学べるようにする	職員が経口摂取に対する考え方と方法を学ぶために,○○理論（排泄,栄養･水分,活動を整えること）の妥当性を実践を通して実感できるよう促す	

で入所者の状況を確認し経口摂取の方針を吟味することで軽減していた。食事介助は主に介護職の役割であるが，重度の嚥下障害を持つ入所者は看護職が介助し，経口摂取に伴う異常に看護職が素早く対応することで介護職の不安を軽減していた。

【経口摂取支援の過程で手を尽くし随時入所者の最善を念頭に家族・介護職と合意を形成する】は，経口移行時は食べたいという入所者の意思を確認し，半信半疑の家族に嚥下状態や本人の意欲を説明して了解を得ていた。経口移行後に再度機能が低下し始めると，本人の食べたいという思いに悩みながらも介護職と一緒に経口支援に取り組んでいた。嚥下機能の低下が著明になると，介護職と共に経口摂取の限界を探り確認し合うために，家族には入所者にとっての最善について話し合うために，医学的根拠とこれまで手を尽くしてきた結果食べられなくなった経過と事実をもとに説明し，関係者が経口摂取の中止を納得できるよう働きかけていた。

【各職種の経口摂取支援に関する力量開発を促す】は，他の5カテゴリーの前提であり結果でもあった。看護職は介護職が経口摂取に関するスキルを学び安全で確実な食事介助ができるように，また経口摂取中止の判断や経口摂取の限界の見極めができるように働きかけていた。自身も自己学習やスキルが高い介護職から知識と技術を学んでいた。さらに各職種が経口摂取支援の実践を通して，協力施設がケアの基本とする生活支援に対する共通の考え方と方法を学び，継続していけるよ

う促していた。

Ⅳ．考察

特養の看護職は，経口摂取の可否の判断を要する入所者に対し栄養状態や脱水を改善し，ADLを維持･向上して摂食･嚥下関連筋群を鍛え，誤嚥性肺炎などを予防し，摂食･嚥下機能を向上して食事を味わえるよう努力していた。これらは直井[19]，北川ら[21]，白坂[22]の先行研究を支持していた。また看護職は，支援の過程で手を尽くしつつ入所者にとっての最善を念頭に家族･介護職と合意を形成し，各職種が納得し，それらの経験をもとに学習し，介護職が経口摂取の可否の限界を理解して役割遂行できるように力量開発を促し，役割遂行に伴う不安･負担を軽減していた。特養の経口摂取支援に関する太尾ら[25]の研究では，これらの知見は報告されておらず，笹谷ら[26]は介護職と共にケア方法を見出す，介護職に助言する，介護職の負担を軽減する，を抽出しているが，介護職との合意形成や介護職の力量開発の視点から抽出又は考察されていない。よって合意形成と力量開発の促進は，今回新たに見出された看護職の役割である可能性が示唆された。考察ではこの2点について述べる。

１．家族・介護職・看護職間の合意形成に関する支援

入所者の摂食・嚥下機能が低下し不安定な状態では，経口摂取支援の各プロセスで関係者の合意形成が不可欠である。島田[27]は特養における終末期ケアにおいて食事の継続と中止の判断が定まらず職員間での葛藤が多いことを指摘している。小楠ら[28]は，衰退する過程で介護職は一口でも“食べさせたい”と思う一心で行動し“食べられない”現状を受け入れがたくそれが不安につながっていること，また看護職は自然の衰退過程として受け入れているが，介護職に納得のいく説明ができないことを課題として指摘している。介護職のこの志向性が，入所者にとって窒息や誤嚥のリスクにつながると考える。今回抽出された介護職との合意形成に関する看護職の役割行動は，これらの課題を解決するための一部ではあるが具体的な行動を示唆したと考える。看護職は入所者の安全・安楽を重視し，入所者にとっての最善を念頭に，医学的な根拠と入所者の体調の変化など具体的な事実を関係者に説明し，経口摂取の可否の判断に納得できるよう支援していた。

日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」[29]では，人工的水分・栄養補給導入を検討する際には，経口摂取による水分･栄養摂取の身体機能面での可能性とそれを可能にするケアの実施可能性を多面的に十分検討し追究する必要があるとしている。今回抽出された看護職の役割行動は，特養入所者の摂食･嚥下機能が限界に達した時に家族・介護職・看護職が十分なケアを尽くした果てに現在の食べられない状況があると納得できるための支援であり，特養の経口摂取支援で看護職が果たしている役割が示唆された。

２．各職種の力量開発に関する支援

重度の摂食･嚥下障害をもつ入所者の経口摂取支援の質を保障するには，各職種の力量開発が不可欠である。研究協力者の看護職は現場での介護職の体験と納得を重視し，事象にもとづく学習を支援していたと考える。例えば本研究が対象とする摂食･嚥下機能が著しく低下した入所者に対し，誤嚥を100％回避することは不可能である。発熱してでも食べたいという入所者の強い意思と家族の了解があり，慎重に介助しても発熱やむせなどが生じた時は，介護職と共にその事実を確認し，身体のメカニズムを説明して介護職が失敗から学び経口摂取の中止・再開の判断ができるよう支援していた。小浦ら[30]は，介護職が安全を意識して食事介助をしていても，予測できない出来事を体験し，その辛い体験がより一層安全を意識することにつながっていることを明らかにしている。今回，看護職は介護職が失敗から学べるように事象を教材化し，事実と根拠と身体のメカニズムを説明して学習をサポートしている役割が示唆された。

研究協力施設では，生活支援に対する共通の考え方と方法が，専門性や経験が異なる職員間の相互理解と合意形成を促し，それに基づき実践をフィードバックすることで職員の力量開発につながっていた。職種間で共有できるツールを導入し且つ自己研鑽を積むことで，重度の摂食･嚥下障害をもつ入所者の経口摂取支援に必要な，各職種の力量開発を促進する看護職の役割遂行が可能になると考えられた。

今回，看護職が意図して実践していた内容を経口摂取における看護職の役割行動とするならば，

介護職とともに取り組む役割行動のうち，介護職の語りにはないものが幾つかあった。主に介護職の力量開発支援に関するもので認識されにくい可能性があるうえ，今回これらの内容を介護職に確認していない。本研究で得た知見は1施設の分析であり，さらにデータ数を増やして検討していく必要がある。

Ⅴ．結論

特養で重度の摂食･嚥下機能障害を有する入所者に対する看護職の役割行動を分析した結果，従来報告されていなかった2つの役割行動【経口摂取支援の過程で手を尽くし随時入所者の最善を念頭に家族・介護職と合意を形成する】【各職種の経口摂取支援に関する力量開発を促す】とともに，【看護職・介護職の役割遂行における不安・負担を軽減する】【摂食・嚥下機能の向上に努め食事を味わえるようにする】【予想される病態の変化に対して予防的にケアする】【入所者の全身状態を看ながら経口摂取の可能性を極力保持する】の計6カテゴリーが抽出された。

謝辞　本研究にご協力くださいました研究協力者の皆様と協力施設に深く感謝申し上げます。本研究は日本学術振興会科学研究費補助金基盤（C）課題番号24593538の助成を受けて実施した。

文献

1）小林義典：咬合･咀嚼が創る健康長寿. 日本補綴歯科学会誌, 3 (3)；189-219, 2011.
2）田中靖代 (2009)：【食事ケアの危険なサイン】美味しく食べる環境づくり. 高齢者安心･安全ケア, 13 (4)；2-6, 2009.
3）今井宏美他：介護老人保健施設に入所する要介護高齢者における生活状況及び口腔状態の実態調査. 千葉県立衛生短期大学紀要, 24 (2)；13-16, 2005.
4）才藤栄一 (2012)：(平成23年度老人保健事業推進費等補助金「摂食嚥下障害に係る調査研究事業」摂食･嚥下障害の臨床的重症度分類を用いた摂食･嚥下障害患者の分布, 重症度調査.) 摂食嚥下障害に係る調査研究事業報告書, 独立行政法人国立長寿医療研究センター；9-10, 2012.
5）Shanley C. O'Loughlin G.(2000)： Dysphagia among nursing home residents: an assessment and management protocol. Journal of Gerontological Nursing. 26(8):35-48,2000.
6）Park Y.H. Han HR. Oh BM. Lee J. Park JA. Yu SJ. Chang H.：Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. Geriatric Nursing. 34(3):212-7,2013.
7）Teramoto S., Fukuchi Y., Sasaki H., Sato K., Sekizawa K. & Matsuse T. ： High incidence of aspiration pneumonia in community- and hospital-acquired pneumonia in hospitalized patients: a multicenter, prospective study in Japan. Journal Of The American Geriatrics Society, 56(3);577-579.2008.
8）道脇幸博他：70歳以上の高齢者の誤嚥性肺炎に関する総入院費の推計値．老年歯学，28 (4) ；366-368，2014.
9）大久保陽子他 VE導入による経口維持への取り組みの成果　誤嚥性肺炎等減少と入院日数減少による経済的効果. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 15(3)；253-263, 2011.
10）厚生労働省平成25年介護サービス施設・事業所調査の概況．介護保険施設の状況．介護保険施設の利用者の状況．http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service13/dl/kekka-gaiyou_05.pdf
11）厚生労働省平成25年介護サービス施設・事業所調査の概況．介護保険施設の状況．従事者の状況.
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service13/dl/kekka-gaiyou_06.pdf
12）厚労省　平成24年度衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況．就業保健師･助産師･看護師･准看護師
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/12/dl/h24_hojyokan.pdf
13）野村総合研究所：平成20年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康推等事業分）「介護施設等における重度化対応の実態に関する調査報告書」平成21年1月．2009.
14）日本老年看護学会：厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健事業推進費等補助

金）「介護施設の看護職におけるケア管理に関する調査研究事業報告書」平成22年3月．8-9，2010.
15）服部史子他：在宅および施設入居摂食・嚥下障害者の栄養摂取方法と嚥下機能の乖離．日本摂食・嚥下リハビリテーション学会誌，12（2）；101-108，2008.
16）川西進一他：介護職員の食事に関する不安．京都市立病院紀要．33（1）；57-60，2013.
17）杉谷かずみ：介護老人福祉施設における介護職員の食事に対する不安感の検討．日本看護学会論文集・老年看護，（36）；145-147，2005.
18）坂井志麻他（2010）：摂食・嚥下障害チェックシートによる知識・実践力の評価－療養型病床群・老人保健施設の調査から－．日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌，14（3）；430，2010.
19）北川公子，山田律子，千葉由美：第4章　口から食べることを目指すケア；経管栄養から経口へ，中島紀恵子，石垣和子監修：高齢者の生活機能再獲得のためのケアプロトコール－連携と協働のために，日本看護協会出版会，76-87，2010.
20）桑田美代子：【患者と介助者との相互作用によってつくり上げられる「食事のリハビリテーション」】患者のペースに合わせた食事介助を可能にする看護管理．Quality Nursing, 9(2)；126-133，2003.
21）白坂誉子：摂食・嚥下障害看護認定看護師の立場から　高齢者の「食べたい」を支える看護の専門性．老年看護学，16（1）；24-29，2001.
22）直井千津子：重度の摂食・嚥下障害高齢者に経口摂取を可能にする看護　援助指針を適用して．老年看護学, 11(2)；120-131，2007.
23）安西秀聡：誤嚥性肺炎患者の経口摂取と絶食の境界．臨床栄養，124（7）；911-916，2014.
24）小山珠美他：脳卒中急性期から始める早期経口摂取取得を目指した摂食・嚥下リハビリテーションプログラムの効果．日本摂食・嚥下リハビリテーション学会誌，16（1）；20-31，2012.
25）太尾元美，坂下玲子：高齢者の食形態を普通食へと回復させるためのケアの方略の抽出．兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要，20；41-53，2013.
26）笹谷真由美，松田千登勢，長畑多代：特別養護老人ホームにおいて認知症高齢者への食事ケアを協働することについての看護･介護職の認識．老年看護学，17（2）；38-46，2013.
27）島田千穂：特別養護老人ホームにおける終末期ケア実践と他職種協働の課題．認知症ケア学会誌，11（2）；470-476，2012.
28）小楠範子，萩原久美子：特別養護老人ホームで働く職員の終末期ケアのとらえ方－終末期ケアにおける「よかったこと」「むずかしかったこと」に焦点を当てて－．老年社会科学，29（3）；345-354,2007.
30）日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン－人工的水分･栄養補給の導入を中心として－」平成24年6月27日
http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf
29）小浦さい子，杉澤秀博：摂食・嚥下障害を伴う施設入居高齢者に対する介護職員の食事介助体験の心理過程：特別養護老人ホームの場合．老年学雑誌，創刊号；15-27，2010.

資　料

重症心身障害児の母親が在宅療養を選択する過程での迷い

玉村　尚子

Perplexities of mother when a patient with severe motor and intellectual disabilities transitioning from a hospital to home care

Hisako Tamamura

要約：重症心身障害児（者）（以下，重症児）の母親が在宅療養を選択する過程における体験を明らかにすることを目的とした。対象は重症児の母親4名である。在宅療養に移行後，母親に半構造化面接を行い，内容を分析した。その結果，母親は，《障害をもつ子どもの出産》,《子どもの生命に対する不安》,《子どもが障害をもつことの覚悟》,《普通に育つのかという不安》,《やるしかないと育てる覚悟》,《子どもの成長への気づき》,《家に連れて帰りたいという思い》,【家に連れて帰ることへの迷い】,《入院継続または施設入所を考える》,《家に連れて帰る》10のプロセスをたどっていた。看護者は，母親が在宅療養を選択する過程のどの時期であるのか，また迷う背景を詳細にアセスメントし，必要な援助を計画していく必要があることが示唆された。

キーワード：重症心身障害児，在宅療養，母親

Ⅰ．はじめに

重症心身障害児（者）（以下，重症児）が在宅で家族とともに生活することは，重症児と家族の愛情形成が育まれ，重症児の成長と発達を促進する[1)]。しかし重症児の在宅は，経管栄養，喀痰吸引など介護者の医療的ケアが必須となり，同居家族の身体面や精神面の負担は大きい[2) 3)]ことが指摘されている。

2011年に本邦の重症児は約38.400人と推計されており，そのうち24.520人が在宅生活である[4)]。また，超重症児の約80％が在宅生活であり，母親が介護を担うケースは93％である[5)]。

母親の在宅介護には，多種の報告がある[6-10)]。しかし重症児の在宅移行における母親の心理的受容過程に着目した研究は散見しない。そこで，本研究は，重症児の母親が在宅療養を選択する過程での体験を明らかにし，同様な状況にある母親に対する看護援助のあり方についての示唆を得ることを目的とした。

獨協医科大学看護学部
Dokkyo Medical University of School of Nursing

Ⅱ．研究方法

1．対象および方法

1）対象

周産期に障害が認められ，在宅療養を意思決定する段階で，医師から重篤な障害のリスクが高いと説明されており，在宅での生活に落ち着くと考えられる3か月から，その体験を思い出すことが可能である5年未満の重症児の母親を対象とした。

2）データ収集期間

2011年8月から11月

3）データ収集方法

研究を実施する病院の病院長の許可を得て，

外来の看護師長に研究協力を依頼した。そして，外来の主任または，責任者に研究対象の条件に該当する研究対象候補者に依頼書および研究意向確認書，研究者のあて先が明記された返送用封筒を渡していただいた。研究意向書が郵送された，研究対象候補者と面接日を相談し，個室で50～90分の半構造化面接を実施した。内容は，対象者の承諾を得て，メモを取り，ICレコーダーに録音した。

4）面接内容

面接内容は，「子どもの状態について，だれから，どのような説明を受けたか」，「はじめて説明を受けた時の思いや気持ちの変化」，「医師から，子どもの退院について，はじめて説明を受けた時期やその時の思い」，「子どもを家に連れて帰ろうと思った時期，きっかけ」であった。

2．分析方法

面接で得られた情報について，戈木[11]のグラウンデッド・セオリー・アプローチに準じて質的記述的に分析した。

分析では，データを切片化し，切片ごとに特性（以下，プロパティ）とその次元（ディメンション）を抽出し，それらをもとに切片名（以下，ラベル）をつけた。その後，類似した切片を1つの概念にまとめ，各切片のプロパティとディメンションを見直し，それらを用いてカテゴリーを説明する一覧表（以下，カテゴリー表）を作成し，カテゴリー名をつけた。次に，これらのカテゴリーを，パラダイム（現象の構造とプロセスを把握する枠組み）を用いて，状況，行為／相互行為，帰結に整理し，現象を把握した。さらにカテゴリー関連図（矢印は各カテゴリー間の関係）を用いて，カテゴリー間の関連を整理した。現象の中心となるカテゴリーを「カテゴリー」とし，他を「サブカテゴリー」とした。また，分析結果の確実性を高めるために質的研究者よりアドバイスをもらい，確証性を高めるために小児領域の専門看護師にスーパービジョンを受けた。

3．倫理的配慮

本研究は，A大学の倫理審査会およびB大学病院の生命倫理委員会の承認を得た。対象者には研究への協力は，自由意思によるものであり，研究への協力を断っても不利益を被ることがないこと。得られたデータは匿名化すること，面接時の記録やUSBメモリは鍵のかかる棚に入れ施錠して研究者が厳重に保管すること，研究で得られた全情報は研究終了時に破棄することを口頭と文書で説明し，署名による同意を得た。

Ⅲ．研究結果

研究依頼書を13名に配布し，5名から返信を得て，最終的に4名が対象者となった。対象者の年齢は32～37歳であった。退院時の対象者の子どもの年齢は3か月～1歳2か月であった。子どもの性別は男児1名，女児3名，退院時に必要とした医療的ケアは経管栄養，酸素投与，吸引であった。子どもの概要を表1に示す。

分析の結果，母親が在宅療養を選択する過程では，カテゴリーと9つのサブカテゴリーが生成された。また，分析過程の関連図を図1に示す。

カテゴリーを【　】，サブカテゴリーを≪≫，対象者の言葉を「　」で示した。また（　）は研究者による補足である。

1．全体のプロセス（カテゴリーの関連について，図1に示す）

≪障害をもつ子どもの出産≫をした母親の中で子どもの状態が落ち着いている場合には，子どもの障害に向き合い≪子どもが障害をもつことの覚悟≫をしていた。子どもの生命の危険度が高い場合には，≪子どもの生命に対する不安≫を感じ，子どもの生命の危険がなくなると子どもの障害に目を向け≪子どもが障害をもつことの覚悟≫をしていた。母親が≪子どもが障害をもつことを認める≫ようになると，障害をもちながらも健常児のように≪普通に育つのかという不安≫を抱くようになっていた。母親は子どもの障害が自分の責任であると考えたり，子どもの反応を感じ取れたり，同じような障害をもつ子どもやその家族の頑張る姿を見ると≪やるしかないと育てる覚悟≫をするようになっていった。そして，積極的に子どもと関わることによって，母親が≪子どもの成長への気づき≫ができると，≪家に連れて帰りたいという思い≫を抱くようになっていた。しかし，母親が医療的ケアに対する不安が強い場合や他人

の眼を気にする場合には子どもを【家に連れて帰ることへの迷い】を感じていた。その中で，夫の両親から退院を反対されたり，医療的ケアの手技の習得に対する不安が高い場合などは，≪入院継続または施設入所を考える≫が，母親の両親からサポートを得られたり，医療的ケアの手技の習得に対して自信を持つことができると母親は≪家に連れて帰る≫ことを選択していた。

2．プロセスの詳細

1）≪障害を持つ子どもの出産≫

障害を持つ子どもの出産とは，奇形をもつ子どもや早期産，低出生体重児で障害をもつ可能性のある子どもを出産したことである。

生まれた子どもが小さく，さらに先天性心疾患を合併している場合など，子どもの命の危険度が高くなると，母親は，≪子どもの生命に対する不安≫を抱いていた。

「ちっちゃいみたいな，生まれちゃったよみたいな感じ」［事例A］

「夜中，産科に駆け込んでそのまま入院になって，次の日のお昼ちょっと前くらいに破水と出血，大量出血して，（別の病院に）救急車で運ばれ，出産。運ばれる間に生まれちゃったっていう」［事例D］

「部分トリソミーみたいになって，とんでますと言われて（中略）とにかく障害のある子がおなかの中にいるんだってことしか，あれだったけど」［事例C］

2）≪子どもの生命に対する不安≫

子どもの生命に対する不安とは，子どもの生命の危険度が高いと母親が感じた不安である。

出産後に子どもがNICUに搬送されたり，医師から子どもの命が危険であると説明を受けたりすることによって，母親は≪子どもの生命に対する不安≫を抱いていた。

「やっぱり，なんか（子ども），3日，1週間，1カ月が山だって，みたいな，どうなるかわからないみたいな。感じですね」「1週間くらいして，まあちょっとそんなに，大丈夫でしょうみたいな感じじゃないけど，大きな山を越えたみたいな感じで，1カ月くらいたって」［事例A］

「奇形が多い子どもだから，T症候群の子だからっていって，なんか奇形が多い子はやっぱりどれくらい生きるかわからないし」［事例B］

子どもの状態が安定してくると，子どもの状態を大丈夫だと感じるようになり，子どもの障害と向き合うことができ，≪子どもが障害をもつことの覚悟≫にすすんでいた。

「チアノーゼの状態が，もう足の指の先まで全部だったんで，真っ青だったんです。あーと思って，生きるのか，これ，って感じで，生きたと思ったのはそのもう2日後にNICUで見たときに人工呼吸器をつけてるけど生きてるって（中略）ああ，生きてるって思ったのがもうその時から」［事例D］

表1　対象者の概要

	事例A	事例B	事例C	事例D
母親の面接時の年齢	30代前半	30代後半	30代前半	30代後半
子どもの性別	男	女	女	女
子どもの疾患名	超低出生体重児 脳室周囲白質軟化症 未熟児網膜症	多発奇形症候群 口唇口蓋裂	部分トリソミー 心房中隔欠損 口唇口蓋裂	低出生体重児 新生児仮死
在胎週数	23週	35週後半	38週	32週
出生時体重	546g	1846g	1726g	1588 g
退院時の年齢	5か月	1歳2か月	3か月	3か月
面接時の年齢	5歳1か月	4歳	4歳5か月	2歳7か月
退院時の医療的ケア	酸素投与	経管栄養	経管栄養	経管栄養，吸引
子どもを取り巻く家族構成	父，母 弟	父，母 姉，兄	父，母 兄2人	父，母 兄
祖父母との同居・別居	別居	別居	別居	別居

3）≪子どもが障害をもつことの覚悟≫

子どもが障害をもつことの覚悟とは，子どもに障害があることを覚悟することであるが，子どもの障害を受け入れる覚悟ではない。

出産前に医師から，子どもが障害をもつことを説明されていた母親は，生まれてくる≪子どもが障害をもつことの覚悟≫をしていた。

「うーん，やっぱり口唇口蓋裂とは聞いてはいましたけど，実際に見たことがなかったので，大丈夫かとは」［事例B］

「（夫との話）（障害が）どのくらい残るのかなとか，ねえ，将来立てるのかなとか，そういう話だよね，もうね。生きててよかったらまあいいか，とか。ね，これからどうするみたいな話とか」［事例D］

また，出産までは妊娠経過に問題がなかった母親は，出産後に子どもに障害があることを知ったり，障害が起こる可能性があることを医師から告げられることにより，≪障害を持つことの覚悟≫をしていた。

「障害者じゃないけど，やっぱなるんだろうな，みたいな。感じは」［事例A］

4）≪普通に育つのかという不安≫

普通に育つのかという不安とは，障害をもつわが子が健常児のように普通に成長発達できるのかという不安を抱くことである。

子どもの目が見えなくなるかもしれない，歩けるかどうかわからないなど，先が見えず，障害者になるのではないかという思いを抱いた母親は，≪普通に育つのかという不安≫を抱いていた。

「だんだん目のことも，そうちっちゃいから，見えなくなるかもしれないみたいな。感じは」，「歩けないとか，なんだろう，普通の小学校とかに行けないよな，みたいな」[事例A]

「普通に育ってきた，上の子たち。当たり前のように考えていた自分もいるんですけど，歩けないかもしれない，もしかしたら寝たきりかもしれないみたいな」［事例C］

母親は，子どもが障害をもつ原因が自分の行いにあると自分自身を責めていた。

「うーん，何だろう，何でちっちゃく産んじゃったんだろうみたいな」［事例A］

「ふと思うとああこの時ああだったから，ああしたからこうなったのかなってふと考える時も あるし，違うとはわかっていてもねえ，過去を振り返ることはいまだにあるかな」［事例C］

5）≪やるしかないと育てる覚悟≫

やるしかないと育てる覚悟とは，母親が子どもを育てる覚悟をすることである。

母親は日々子どもと関わることによって，子どものわずかな反応を捉えることができるようになった。夫や上の子どもが障害をもつ子どもをかわいがる様子をみることも母親が子どもをかわいいと思うことに影響していた。

「（子どもが）笑ってくれたりした時は，やるしかないじゃないけど」[事例A]

「（面会）私はほぼ毎日きてて，パパは土日休みの時は一緒に来ていました」［事例D］

「行って抱っこしてニコニコって笑ってくれたりするとほっとするみたいな」［事例C］

「うちの人も女の子だからかわいいのか，（中略）入院している間はずっと本人の前にきて抱っこしたりして，かわいがっていたと思います」［事例B］

「実際に生きているからかな。実際に目の前に産んだ子がいるし，この子を殺しちゃうわけにはいかないし，私がやってあげなくちゃこの子は死んじゃうって思った時かな。（中略）やっぱり退院したら私がこの子をやってあげなくちゃっていう」［事例C］

「家に帰ると誰もやってくれる人がいないので，やっぱり親がやるしかないというか」［事例B］

また，夫から支えられているという思いや自分が育てなければ，子どもが生きていけないという思いもあった。

「2人で育てていこうよという前向きな考えをもっていた主人なので，それに救われたんですよね。たぶん私は」［事例C］

6）≪子どもの成長への気づき≫

子どもの成長への気づきとは，子どもの表情や動き，子どもが成長している側面を捉えられることである。

母親は，≪子どもの成長への気づき≫ができるようになり，子どもを≪家に連れて帰りたいという思い≫を抱くようになっていた。

「声が聞こえた時は，嬉しかったです」［事例A］

「毎日見ていて（中略）時間はかかるけど，少しずつ

は成長をしていくのかなと」「治すことができなくて，（口が）切れたままだったんですけど，まあかわいいのかなって」［事例B］

「けっこう指しゃぶりとかもしてたりしてたんで，ああちっちゃいけどかわいいねって，言って，じっとこっちをみてたりして，お目め大きかったから，ちっちゃい時からね」［事例D］

一方で，子どもが成長していることを感じることができない場合や発達に対する不安が強い時には，【家に連れて帰ることへの迷い】を感じていた。

「生まれた時から，ミルクを飲むことができなかったので，やはり食べることができない子ども，連れて帰ってもやっていけるのかなっていうのか」［事例B］

「（口から飲めないと聞いて）ああダメだと思いました。ああ無理と思ったのが正直かな」［事例C］

7）≪家に連れて帰りたいという思い≫

家に連れて帰りたいという思いとは，障害をもつ子どもと自宅で，家族と一緒に生活したいという思いである。

子どもを夫と2人で育てていきたい，上の子が待っていると感じた母親は，≪家に連れて帰りたいという思い≫を抱いていた。

「私たち2人は自分の子どもだし，やっぱり家に連れて帰りたいのかなっていう考え‥」［事例B］

「上の子たちも待ち望んでいたことだし」［事例C］

母親は自分だけでなく，夫や上の子どもも障害をもつ子どもと生活することを待ち望んでいたことからも，家に連れて帰ろうという思いが高まり，子どもを育てていこうとしていた。

しかし，障害をもつ子どもを家に連れて帰ることによって，上の子どもが友達からいじめられるという不安も抱いていた。母親は，退院する話を上の子どもたちが聞いた時に喜ぶ姿を見て，≪家に連れて帰る≫ことを選択していた。

「でも上の子たちの心配はしますね。上の子たちが障害をもっている妹がいるからということで，今はいじめとかあるから，そういうのは考えますけど」「(退院することを聞いた時の上の子どもの反応)喜んでくれたんです」［事例C］

医療的ケアを習得し，医療的ケアに対する不安が少なくなると母親は≪家に連れて帰る≫ことを選択していた。

「退院するまでに吸引とマーチュー（経管栄養）の入れ方をできるようにならないと帰れないという話で，面会来るごとにマーチューの入れ方と吸引のやり方をして，ね，できるように」［事例D］

「自信はついて（医療的ケア），家に帰っても大丈夫かな，みたいのはありましたし」［事例B］

一方，≪家に連れて帰りたいという思い≫を抱いていても，医療的ケアに対する不安が強い時や障害をもつ子どもを家に連れて帰ることに対して人目を気にする場合，子どもを家に連れて帰ろうとする理由が，施設が満床である場合は【家に連れて帰ることへの迷い】を感じていた。

「不安がいっぱいだったかな，やっぱり鼻チューブだったので，退院したら抜けたらお母さん自分でやってねみたいな。（中略）実際に私帰ってできるのかなって不安が大きかったですね」［事例C］

「見た目を気にしていたのかなー。この人○○（子どもの名前）をみてどう思うんだろうっていうのが強かった感じです」［事例C］

「（退院しようとしたきっかけ）えーとNICUに次から次からくるじゃないですか。だから，できれば早めに退院してほしいみたいな感じもあったので」［事例C］

8）【家に連れて帰ることへの迷い】

家に連れて帰ることへの迷いとは，障害のある子どもを家に連れて帰るか迷いである。

夫の両親が，家に連れて帰ることを反対しない場合は，≪家に連れて帰る≫ことを選択していた。また，自分の両親からサポートが得られる時には，≪家に連れて帰る≫ことを選択しやすかった。また，医療的ケアを必要とする場合は，母親が医療的ケアの手技を習得し，自信をもつことで，母親は≪家に連れて帰る≫ことを選択するようになった。

「（父方の両親）CはCみたいな，主人の家系がそうなのかな。うん，今思うと。だから別になんの抵抗もなく，鼻から管が入っていたって口が切れていたって抱っこもしてくれるし，見にも来てくれたりする感じはあったんですけど」［事例C］

「（母方祖母の協力）もう，全面的です。ほぼ全面的」

「うちの母は，吸引はできるようには，なっています。やっぱり幼稚園の行事とかで○○（子どもの名前）を預かってもらうことがあるんで，注入前とかは吸引しなくちゃいけないので，母には教えて，吸引はできるよ

うにはしてもらっているんです」「（医療的ケア習得）あんまり，恐怖はないです。もともと医療系なんで」［事例D］

一方，夫の両親から退院を反対されたり，自分の両親からのサポートが得られなかったり，医療的ケアの技術の習得度が低く，不安が強いことにより，≪入院継続または施設入所≫を考えていた。

「やっぱり，うちの人の両親がやめてっていったので，やっぱり連れて帰らない方がいいのかなとか，迷ったりして」［事例B］

「チューブを入れたり，吸引するのに同じですけど，チューブを鼻から入れたり，口から入れたりする，練習はしているけど家に帰ったら1人だし，できるのかなという不安は，少しはありましたね」［事例B］

「病院にいて，帰ったらやるんだよ，帰ったらやるんだよって言われていた時の方が，不安が強かったかな」［事例C］

9）≪入院継続または施設入所を考える≫

入院継続または施設入所を考えるとは，子どもが現在の病院での入院を継続する，または他の施設で生活するなど，家には連れて帰らないという選択を考えることである。

いったんは≪入院継続または施設入所を考えた≫母親であったが，障害をもつ子どもが家に居たいと思っていると感じたり，周囲から勧められて仕方なく施設入所を考えるものの，母親自身は家に連れて帰りたいという思いが強いと≪家に連れて帰る≫ことを選択していた。

「うちの人の両親に施設みたいのがあれば預けた方がいいという時期があったので，多少は考えた方がいいのかと思って」「（夫の両親に施設を勧められなかったら施設を考えなかったか）そうですね。まあ，施設みたいのはあんまり考えないとは思いますけど」

「障害がなければ，育てるの，家で育てるのが当たり前と思うし，やっぱり障害がある子も何も言うことが出来なくても，家に居たいのかなと思って」［事例B］

10）≪家に連れて帰る≫

家に連れて帰るとは，障害をもつ子どもを自宅に連れて帰り，家族で育てることである。

Ⅳ．考察

在宅療養の意思決定する段階で，医師から重篤な障害のリスクが高いと説明された母親は，≪子どもが障害をもつことを覚悟≫し，≪やるしかないと育てる覚悟≫をして，【家に連れて帰ることへの迷い】を感じながら在宅療養を選択する知見が得られた。

1．母親が重症児を家に連れて帰る過程について

本研究では，母親は，段階を経て重症児を家に連れて帰る体験をしていることが明らかになった。母親は，≪子どもが障害をもつことを覚悟≫し，≪普通に育つのかという不安≫を抱きながらも≪やるしかないと育てる覚悟≫をしていた。≪子どもの成長への気づき≫ができるようになると，≪家に連れて帰りたいという思い≫をもつようになった。そして，【家に連れて帰ることを迷い】ながらも≪家に連れて帰る≫体験をしていた。

母親は，重症児が≪普通に育つのかという不安≫を抱くとともに，子どもが障害をもつ原因が自分の行いにあると後悔していた。宮崎[7]が，障害児をもつ母親が子どもの異常に早く気付けなかったこと，今までの人生に対する反省などの罪責感を抱いていたと述べているように，本研究で得られた結果の中でも同様の結果が得られた。

Drotarら[12]は，先天奇形をもつ子どもの両親が，ショック，否認，悲しみと怒り，適応，再起の段階をゆれながらすすむことを報告している。本研究では，母親は≪子どもが障害をもつことの覚悟≫をしていたが，この段階は，母親が子どもの障害に向き合う段階であり，障害受容には至っていない。すなわち，母親は子どもの障害を受容する過程と在宅療養を選択する過程を同時に進まなければならない状況にあった。そのため，母親に子どもを家に連れて帰ることへの迷いが生じたと考えられる。

これらのことから，重症児を家に連れて帰る過程では，母親の【家に連れて帰ることへの迷い】を把握することが重要であることが明らかになった。

2．母親が重症児を家に連れて帰る過程における要因

母親が重症児を家に連れて帰る促進要因には，

夫や実母のサポート，医療的ケアを行う自信，きょうだいの反応があった。また，家族の医療的ケアの熟知と自信も重要であった。さらに，自宅に連れて帰った重症児を，きょうだいが喜ぶ姿も促進要因となった。一方，父親の両親の連れて帰ることへの反対，医療的ケアへの不安，気になる人目，きょうだいがいじめられる不安は阻害要因となった。

1）母親が重症児を家に連れて帰る要因

母親が，子どもを家に連れて帰る選択をすることに最も影響していたのは，夫の存在であった。夫が子どもを育てようとする契機として，平野13）は，父親が子どもの笑顔や反応に気づくことができることを報告しているように，父親が，子どもが成長できるかわいい存在であると感じられることが重要である。本研究では，夫が前向きに子どもを育てようとしていたことが，母親が重症児を家に連れて帰りたいと考える契機となっていた。

高田[1]は，子どもが在宅医療へ移行するための基本的条件として，医療的ケアを家族が熟知していることをあげている。母親が医療的ケアを熟知し，自信を持つことができるようになると，重症児を家に連れて帰ることを考えることができるようになると考える。

また，久野ら[2]は，重症児の母親のサポート源は夫と母親の親族としている。本研究においても，夫と実母の存在は子どもを家に連れて帰る促進要因であった。

さらに家の連れて帰った重症児に上の子どもがいる場合は，上の子どもが障害をもつ子どもが家に帰るのを楽しみにしている姿をみることは，母親が重症児を家に連れて帰る促進要因となっていた。

2）母親が重症児を家に連れて帰れない要因

中川[9]が，障害をもつ子どもを産んだことを母親が夫方の両親から非難されていると感じていたように，本研究においても，夫の両親から子どもを家に連れて帰ることを反対されたことで家に連れて帰れないという思いにつながっていたことが明らかになった。

また，母親は，家に帰った後，医療的ケアを看護者が行うように自分ができるか不安を抱いていた。医療的ケアを必要とする子どものケアの多くは母親が担っていること[5]から，医療的ケアに対する不安が強いと家に連れて帰ることを躊躇しやすいと考える。

本研究においては，母親自身が子どもの外見を気にしていたために，他の人も外見を気にすると感じ，家に連れて帰ることに不安を抱いていた。子どもの障害の部位や程度，種類により母親の思いは異なると考えるが，母親が子どもの外見をどのように捉えているのかを把握する必要があると考える。

また，小宮山[14]らが重症児の母親が，障害児がいることできょうだいへのいじめを困りごととしてあげていたように，本研究においても母親は上の子どもが周りの子どもからいじめられるという不安を抱いていたことが明らかになった。

3．看護援助のあり方

1）夫婦で子どもを育てようとする思いを高める

看護職の役割として，父親が母親のサポートに最も影響する存在[15]であるため，出産早期から父親が重症児のケアに参加できるような環境を整える必要があると考える。また，母親および父親の両親に対して，入院中の外泊や面会を通して，重症児と触れ合う機会を設ける支援が必要である。さらに，病院内での連絡会，地域医療機関や訪問看護ステーションとの連携を通じて，母親が安心して在宅移行できる支援が必要である。

2）医療的ケアに自信をもつことができる

母親が医療的ケアに自信をもつことができるように指導していくことや母親が医療的ケアを1人で抱え込まないように，夫にも指導していく必要があると考える。また，病院内での連絡会，地域とのケア会議，訪問看護ステーションとの連携を通じて，母親が安心して在宅移行できる支援が必要となると考える。

3）双方の両親のサポートを得られるようにする

本研究では，母親の両親からサポートが得られることは，重症児を家に連れて帰ることの促進要因となり，夫の両親から反対されることは阻害要因となっていた。入院中や退院までの外泊時に，母親および夫の両親が重症児と触れ合う機会を設け，重症児をかわいいと感じられる支援を行うことが必要であると考える。

4）上の子への介入の必要性

重症児の上に子どもがいる場合は，病院での様子をビデオに撮って見せる，話を聞かせるなど，上の子どもの発達年齢を考慮しながら，上の子どもが障害をもつ子どもを受け入れられるように関わる必要があると考える。

V．結論

周産期に障害が認められ，在宅療養を意思決定する段階で，医師から重篤な障害のリスクが高いと説明を受けた母親が在宅療養を選択する過程では，子どもが障害をもつことを覚悟し，障害をもつ子どもを育てる覚悟し，障害をもつ子どもを家に連れて帰ることを迷いながら在宅療養を選択する体験が明らかになった。看護者は，母親が在宅療養を選択する過程のどの時期であるのか，また迷う背景を詳細にアセスメントし，必要な援助を計画していく必要があることが示唆された。

研究の限界と今後の課題

本研究は，対象者が4例と少なく今後，対象を増やし研究を継続する必要がある。

謝辞

本研究にご協力いただきました重症児とご家族各位，ご指導を賜りました自治医科大学看護学部半澤節子先生，横山由美先生に深謝いたします。

本研究は，平成23年自治医科大学大学院看護学研究科　修士論文の一部を加筆，修正したものである。

文献

1）高田哲：在宅医療と医療的ケア．船戸正久編．小児在宅医療支援マニュアル．大阪：メディカ出版，29-36，2008.
2）久野典子，山口桂子，森田チエ子：在宅で重症心身障害児を養育する母親の養育負担感とそれに影響を与える要因．日本看護研究学会雑誌，29(5)；59-69，2006.
3）二田佳支子，梶原由美，朔義亮他：障害を持つ小児の在宅療養における母親の負担感．臨床と研究，86(8)；1038-1040，2009.
4）岡田喜篤：世界唯一重症心身障害児医療福祉の今日的意味.日重障誌，38(1)；3-9，2013.
5）日本小児科学会倫理委員会：超重症心身障害児の医療的ケアの現状と問題点　全国8府県のアンケート調査．日本小児科学会雑誌，112(1)；94-101，2008.
6）牛尾禮子：重症心身障害児をもつ母親の人間的成長過程についての研究．小児保健研究，57(1)；63-70，1998.
7）宮崎史子：障害児を抱える母親の養育体験に関する研究．小児保健研究61(3)；421-427，2002.
8）涌水理恵，黒木春郎，五十嵐正紘：重症心身障害児を育てることに対する母親の認識変化のプロセス．小児保健研究，68(3)；366-327，2009.
9）中川薫：重症児の「母親意識」の形成と変容のプロセスに関する研究－社会的相互作用がもたらす影響に着目して－．保健医療社会学論，14(1)；1-12，2003.
10）井本安紀：子どもの退院に関する母親の意思決定に影響する要因．家族看護学研究，9(1)；37-43，2003.
11）戈木クレイグヒル滋子：実践グラウンデッド・セオリー・アプローチ．東京，新曜社，第2版，2010.
12）Dennis Drotar, Ann Baskiewicz, Nancy Irvin, et al.The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital mal-formation. A hypothetical model. American Academy of Pediatrics.56(5)；710-717，1975.
13）平野美幸：脳性麻痺の子どもを持つ父親の意識と行動の変容．日本小児看護学会誌，13（1）；18-23，2004.
14）小宮山博美，宮谷恵，小出扶美子他：母親から見た在宅重症心身障害児のきょうだいに関する困りごととその対応．日本小児看護学会誌，17(2)；45-52，2008.
15）中川薫，根津敦夫，宍倉啓子：在宅重症心身障害児の母親が直面する生活困難の構造と関連要因．社会福祉学，50(2)；18-31，2009.

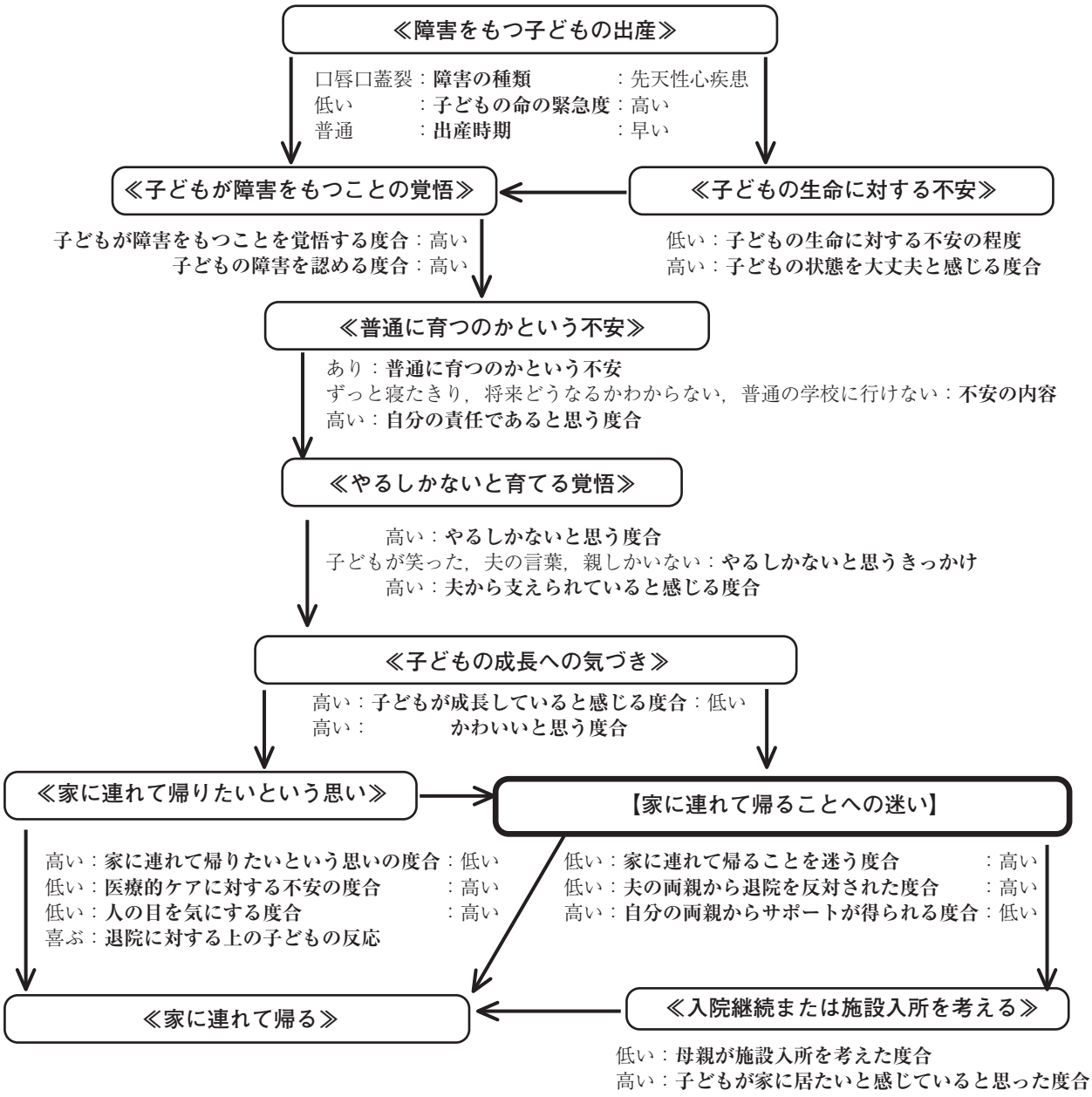

図1　カテゴリー関連図　　重症児が病院から在宅に移行を検討する際の母親の心理的経過

【　　】カテゴリー，≪　　≫サブカテゴリー
小文字の太字：プロパティ，小文字の細字：ディメンション

看護学部教員共同研究報告

研究課題：**へき地における小児看護のあり方の検討　－医療機関と学校との連携を焦点として－**

共同研究組織：
研究代表者　横山由美
共同研究者　講師　田村　敦子
助教　小西　克恵
助教　仙徳　明美
自治医科大学とちぎ子ども医療センター　３A病棟師長
相場　雅代
自治医科大学附属病院地域医療連携部　小児看護専門看護師
黒田　光恵
博士前期課程2年　手塚　園江
博士前期課程1年　佐々木綾香
博士前期課程1年　宗像　　修
東京北医療センター　看護部　小児看護専門看護師　　佐々木祥子

執行した研究費総額：
446,889円（配当額：496,800円）
（内訳）物品費：　16,004円
謝金：　12,000円
学会等参加費：　0円
旅費：　127,660円
その他：　291,225円
（内訳）
切手　1,020円
テープ起こし　290,205円

本研究はへき地診療所およびへき地医療拠点病院における小児看護の実際と学校との連携の現状について明らかにすることを目的に行った。A県B市に所在する5か所のへき地診療所の看護師5名およびへき地診療より距離が一番近い小・中学校6校の養護教諭6名，Cへき地医療拠点病院で小児科外来を担当する看護師1名に半構造的面接調査を行った。面接回数は1回，面接時間は46分～83分であった。面接内容を逐語録としてお越し，へき地診療所が所在する地区毎に分析を行った。へき地診療所が校医として関わっているところでは，養護教諭と連携を取りながら児童・生徒の健康管理を行っていた。へき地診療所を利用する子どもの人数は年間2名～月に数人程度であり，季節により人数には変動があった。また受診理由は，発熱，感冒，インフルエンザ，予防接種などであった。小・中学校の保健室を利用する児童・生徒数は日に1～2人から月に2人程度であった。養護教諭は隣接するへき地診療所と連携を取ることで緊急時の対応に安心が持てるのではないかと考えていた。

研究課題：**第三次医療施設で出産した母子と家族に対する家族学級を通した継続看護の検討**

共同研究組織：
研究代表者　角川　志穂
共同研究者　柴山　真里，寒河江かよ子，
　　佐藤美佐子，原　　啓子

執行した研究費総額：
196,800円（配当額：196,800円）
（内訳）物品費：　5,033円
謝金：　75,600円
学会等参加費：22,130円
旅費：　94,037円
その他：　0円

第三次医療施設で出産した母子とその家族への継続的な支援のあり方について検討することを目的とし，妊娠期に実施した家族学級の参加者を対象に，計2回（8月，9月），各2時間の育児クラスを開催した。参加者は6組ずつ，延べ19名であった。クラス終了後の質問紙調査の結果から，土曜日開催で，かつ少人数のクラスであったことから，父親が参加しやすいということが明らかとなった。また，参加者の多くが地域での育児サポートに関する情報を把握しておらず，回答者全員から１ヶ月に1回開催してほしいという要望があった。これらのことから，本クラスは月１回土曜日に実施することで，父親の参加も促せると考える。また，母親からの声として，父親同士の交流がよかったという意見があった。日常の中で，父親同士の交流の場は少なく，助産師がファシリテーターとなることで，父親同士の交流が深まり，育児で抱えている思いを表出できていた。さらに，今回の対象者は妊娠中に何らかのリスクを抱えながら出産しており，児の発育や発達などの育児について様々な不安を抱えていた。「もっと他の母親と話す時間がほしかった」という声もあり，子どもが同じくらいの月齢で，同じような境遇にある者が集まり，思いを共有し，助産師から必要な情報を提供されることで，育児に対して家族で前向きに取り組めると考える。

研究課題：**終末期がん患者とその家族の意思決定支援に関するリフレクティブプログラム**

共同研究組織：
研究代表者　岩永麻衣子
共同研究者　看護学部　基礎看護学　教授
本田　芳香
同上　成人看護学　准教授
小原　　泉
同上　基礎看護学　助教
飯塚由美子
附属病院看護部　第2外来
臨床講師　渡辺　芳江
同上　医療安全対策部　臨床講師
竹野井さとみ
同上　4階東病棟　臨床講師
境野　博子

執行した研究費総額：
195,080円（配当額：197,900円）
（内訳）物品費：　58,836円
謝金：　8,200円
学会等参加費：48,260円
旅費：　29,630円
その他：　50,154円
内訳（テープ起こし外注1回，25,920円
がん看護学会ポスター作製費
2枚　24,060円
テープ起こしアルバイト書類送付切手代174円）

本研究の目的は，終末期がん患者とその家族の意思決定支援のためおこなった看護ケアについて，看護師の自由な語りを通したグループダイナミックススキルアッププログラムをつくることである。研究方法は，1）対象者は，婦人科病棟・産婦人科外来の看護師各7名及びファシリテーター1名ずつの2グループで構成し，2）方法として終末期がん患者とその家族の意思決定支援に関わった1事例を対象者が選び，自由に語りあう事例検討会を行った。2ヶ月後に同メンバーでグループインタビューを行い，1回目の事例検討会後の心理的変化や行動変化について，自由に語り合った。3）分析方法としては，語りの内容をGibbsのリフレクション・フレームワークを用いて質的に分析した。4）倫理的配慮としては，疫学研究に関する倫理指針をもとに対象者への自由意思に基づく同意及び個人情報を保護したデータの取り扱いに関して十分に留意し実施した。

結果は，＜新しい気づきや良い面が見えた＞＜緩和ケアに移行する患者へ早期に関わりたい＞＜チームの協力がある事への感謝＞＜日々の看護を他者から認められる＞などの25個のカテゴリーが抽出され，看護師同士がお互いを認め合う承認から安心感を得られた事が内省を促すケアリングとなり，新しい肯定的な価値や意味を得て，次のケアへ繋げていることが明らかになった。今後はリフレクティブプログラムの更なる構築と，活用方法について検討する。

研究課題：**看護学実習の教育的アプローチの視点から捉えた実習指導スキルの検討**

共同研究組織：
研究代表者　若澤　弥生[3)]
共同研究者　本田　芳香[1)]，里光やよい[2)]，
飯塚由美子[3)]，湯山　美杉[3)]，
岩永麻衣子[3)]，中塚　麻美[3)]，
大貫　紀子[4)]，佐藤　里美[4)]
所属　1）自治医科大学看護学部教授
2）自治医科大学看護学部准教授
3）自治医科大学看護学部助教
4）自治医科大学附属病院臨床講師

執行した研究費総額：
306,696円（配当額：306,700円）
（内訳）物品費：　164,396円
謝金：　0円
学会等参加費：　20,130円
旅費：　120,160円
その他（文献複写費等）：2,010円

複雑な医療現場での実習指導は容易ではなく，看護教員と臨床指導者がともに悩みながら実習指導を担っている。その実際から実習指導スキルを見出し，よりよい実習指導のあり方を検討することを目的とし，自治医科大学疫学研究倫理審査委員会の承認を得て行なった。研究対象は，Ａ大学４年次総合実習を担当した看護教員３名である。臨地実習時に実習指導者と会話をした場面を質的に分析した。計７場面を分析した結果，10のカテゴリーが抽出された。看護教員は，≪変化する臨床状況≫や≪実習指導の経験知≫に目を配り，≪変化する臨床状況≫をみながら，≪臨床状況にあわせた声かけ≫とともに≪学習機会を伝える≫≪実習状況を報告する≫ことで，≪タイミングをはかる≫ことにより学習機会を担保していた。これは，変化する学習環境という臨地実習の特殊性に応じており，実習指導の基盤として重要なことである。また臨床指導者との関わりを通して，≪変化する臨床状況≫を見極め，学習機会の≪タイミングをはかる≫ことは，実習時における学習環境調整スキルであり，≪変化する臨床状況≫の中で実践可能な実習指導スキルのひとつと考える。

研究課題：**町村保健師への新任期現任教育における保健所保健師の役割**

共同研究組織：
研究代表者　青木さぎ里
共同研究者　春山　早苗，鈴木久美子，
塚本　友栄，島田　裕子，
関山　友子，江角　伸吾
（以上，自治医科大学看護学部），
金子　敬子（栃木県医療政策課）

執行した研究費総額：
474,438円（配当額：475,000円）
（内訳）物品費：　45,228円
謝金：　123,820円
学会等参加費：　10,080円
旅費：　294,790円
その他（切手）：　520円

新任期の町村保健師が自身の成長につながったと思う実践とその実践過程における保健所保健師の関わり及びその成果を明らかにし，町村における新任期保健師現任教育における保健所保健師の支援方法について示唆を得ることを目的とした。

関東圏内の町村保健師のうち，初めて保健師として就職した者で保健師経験期間5年未満の者４名を対象に，保健師としての成長につながったと思う地域看護実践について非構造化面接を一人につき1～2回行った。聴取内容から，①　看護実践内容，②　①における保健所保健師からの関わり内容，③　②による成果に関する部分を抜き出し質的に分析した。対象者には，研究説明書を用いて書面および口頭で説明し，書面で同意を得た。

保健師としての成長につながったと思う地域看護実践には多問題事例に対する支援，住民との協働による事業運営等があった。保健所保健師からの関わり内容は〈町村保健師からの相談に対する助言〉などのカテゴリあった。保健所保健師の関わりによる成果は〔困難事例支援において他機関職員と協働するメリットの実感〕などのカテゴリがあった。

分析した事例全てに，保健所保健師と対面で連絡を取り合う定期的な機会や保健所保健師の教育的な姿勢があり，町村保健師への支援体制づくりに有効であることが示唆された。

本研究結果は，へき地看護に関する学会で発表予定である。

研究課題：**嚥下機能評価用スプーンの開発**

共同研究組織：
研究代表者　講師　川上　　勝[1)]
共同研究者　戸田　浩司[2)]，若林　宣江[3)]，
　　伊藤　弘人[4)]
1）自治医科大学看護学部
2）自治医科大学附属病院　摂食・嚥下障害認定看護師
3）自治医科大学附属病院　歯科衛生士
4）自治医科大学医学部　歯科口腔外科　助教

執行した研究費総額：
141,052円（配当額：141,500円）
（内訳）物品費：　131,052円
　　謝金：　0円
　　学会等参加費：10,000円
　　旅費：　0円
　　その他：　0円

これまでに，嚥下機能に影響を及ぼす疾患の急性期を脱して間もない対象者の嚥下機能を評価するための専用スプーンのデザインを検討し，要求仕様を明らかにした。

本研究では，要求仕様に基づき３Ｄプリンタを用いてプラスチック成形した試作品の機能評価を行い，実用化に向けた成形形態やレイアウトを検討した。射出成形を想定したデザインにするため，従来の要求仕様のうち，匙部分の形状や柄部分の規格を変更した。また，匙上の食塊を安全かつ確実に舌上に置くための機能を追加した。新たに設計したスプーンを用いて，機能評価を行った。その結果，嚥下機能評価用ゼリーから標準サイズ（3ｇ程度）に切り出せることが確認できた。さらに，市販品（K-スプーン（青芳製作所））を用いた場合と比較した結果，切り出し時にゼリーの移動や崩れが起きにくいことが明らかとなった。

以上より，本研究で開発したスプーンは，市販品には無い機能を備え，低予算で製作可能であり経済面においても優れているといえる。

本研究の一部は，第20回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会にて発表した。

研究課題：**安全帯解除基準の効果に関する実証的研究**

共同研究組織：
研究代表者　浜端　賢次
共同研究者　教授　宮林　幸江，
自治医科大学附属病院：
樋口　一江，石川　裕子，
福原　江美，増渕　美幸，
水野　百子，押久保絵美，
高田　沙織

執行した研究費総額：
91,618円（配当額：92,000円）
（内訳）物品費：　55,618円
謝金：　36,000円
学会等参加費：0円
旅費：　0円
その他：　0円

本研究の目的は，平成25年度に附属病院看護職と共に作成した安全帯解除基準の効果を明らかにすることである。今年度は，臨床（１病棟）で働く看護職29名に安全帯解除基準に関する質問紙調査を実施した。倫理的配慮や個人情報保護等は書面で説明し，同意を得た。

回収率は82.8%（24名）であり，調査を実施した病棟勤務経験5年未満は18名（75%），5年以上は6名（25%）であった。現在分析途中ではあるが，以下の内容を加えて解除基準を検討した方が良いとの意見が寄せられた。

①「危険行動」：ルート類を引っ張る・いじる・抜こうとする・ベッドから乗り出す・暴れる・噛みつく等の行動，②「意識レベル」（JCS）：新たにⅡ－10とⅢ－100・200を加える，③「理解力（指示動作が入る，ナースコールが押せる）」：会話のつじつまが合うか・言ったことを覚えているかを確認する，④「ルート類装着状態」：人工呼吸器やCVなどが不要となった・GT投与中以外は外す，⑤「ADL動作」：ふらつきがない，⑥「安静度」：ベッド上安静解除で外すであった。今後は，これらの意見を検討し，修正版の安全帯解除基準案を作成し，継続して効果を検証する予定である。

研究課題：**上部消化がん術後患者の術後機能障害の緩和を目指した看護師の教育的関わりの検討**

共同研究組織：
研究代表者　助教　樅山定美[1)]
共同研究者　中村　美鈴[1)]，安藤　　恵[1)]，
長谷川直人[1)]，小原　　泉[1)]，
村上　礼子[1)]，吉田　紀子[1)]，
渡辺　芳江[2)]，半田　知子[2)]，
弘田　智香[2)]，相賀　美幸[2)]，
安田　是和[3)]，細谷　好則[3)]，
倉科憲太郎[3)]
1）自治医科大学看護学部　成人看護学
2）自治医科大学附属病院　看護部
3）自治医科大学附属病院　消化器外科

執行した研究費総額：
494,800円（配当額：494,800円）
（内訳）物品費：　　110,830円
謝金：　　186,146円
学会等参加費：　24,000円
旅費：　　80,080円
その他（テープ起こし）：93,744円

本研究の目的は，上部消化管がん術後患者に対する看護師の教育的関わりによって，術後機能障害とその対処，および生活がどの様に変化するかを明らかにすることである。当該年度は，本大学倫理審査委員会へ申請し9月に承諾を得た。その後，研究協力者，研究フィールドとの調整を進めた。データ収集は，選定条件を満たした対象者で退院後１ヶ月後6名，3ヶ月後1名，延べ7名に実施した。対象者の中には，治療の関係で3ヶ月目の面接を断念せざるを得ない患者が3名であった。術後1，3か月後と継続して個別面接を行なえたのは1名であった。当該年度末までに，6名の面接から得られたデータを逐語録に起こし，個別分析を進めている状況である。現時点では，対象者は食欲の低下や食事のスピードがつかめない等を認識しており，その対処は，食間を考えるや薄味にする。また，体調を考慮し仕事を休むなどの工夫が見出された。さらに，教育的な関わりとして，関わる目的を教習し話を進め，患者の工夫の復唱などを行っていた。

このことから，機能障害は退院後も継続しQOL低下の一因となっていることが明らかになった。さらに，患者はうまく対処できずに苦慮しながら生活しており，今後も経時的に看護師の教育的な関わりを行い，対象者のどのように変化するかを追求していく必要がある。

今後は，看護系学会で発表，本看護学部ジャーナルに投稿予定である。

研究課題：**看護学生向けICLSコースにおける看護教員の役割　～病棟急変場面における意図的な声かけ～**

共同研究組織：
研究代表者　准教授　村上　礼子[1)]
共同研究者　中村　美鈴[1)]，川上　　勝[1)]，
関山　友子[1)]，飯塚由美子[1)]，
樅山　定美[1)]，渡邉美智子[2)]，
河野龍太郎[3)]，鈴木　義彦[3)]，
淺田　義和[3)]
1）自治医科大学看護学部
2）自治医科大学附属病院看護部（メディカルシミュレーションセンター兼務）臨床講師
3）医学部医療安全学

執行した研究費総額：
149,834円（配当額：150,000円）
（内訳）物品費：　85,968 円
謝金：　　0円
学会等参加費：0円
旅費：　　0円
その他（テープ起こし業者依頼等）：
63,866円

本学では看護学生対象に日本救急医学会に準拠したICLSプログラムを実施している。看護学生がプログラムに参加することは，蘇生技術の習得だけにとどまらず，チーム医療の場面を体験できるなど様々なメリットがある。しかし，先行研究の結果から，病棟急変場面における心停止原因への対処やリーダー役割に自信がもてない傾向にあったため，看護教員の意図的な関わりなどを明確にし，看護学生向けのICLSコースの充実化を図っていく必要性があると考えた。

そこで，今回ICLSプログラムの急変場面における看護教員の声かけの実際と学生の反応を明らかにすることを目的に，声かけの内容は逐語録を作成し，質的分析を行い，学生の反応は自作自記式質問紙調査を行った。

看護教員の声かけは，主に「ICLSとしての手技・技術支援」「知識支援」「進行支援」「承認・激励」等のカテゴリが見いだされた。また，学生の反応としては，前年度に比べ，約18％の学生がリーダー役割をできそうだと回答した。

これらのことより，看護教員はインストラクター以外にメンターとしての役割も担い，学生の安心できる環境が提供でき，質問しやすさにつながり，学生の役割獲得の意識につながったことが推察される。

尚，本研究の一部は第3回日本シミュレーション医療教授学会にて発表予定。

研究課題：**卒後2年目研修のあり方のための基礎的研究**

共同研究組織：
研究代表者　江角　伸吾（助教）
共同研究者　渡邊　紀子
（自治医科大学附属さいたま医療センター　看護副部長），
菅野　一枝
（自治医科大学附属さいたま医療センター　教育担当師長），
関山　友子（助教）

執行した研究費総額：
122,053円（配当額：127,000円）
（内訳）物品費：　113,693円
謝金：　0円
学会等参加費：5,130円
旅費：　3,230円
その他：　0円

平成21年7月15日の保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正により，新たに業務に従事する看護職員の臨床研修等が平成22年4月1日から努力義務化された。先行研究では1年目研修の効果に焦点を当てている文献が見られるが，卒後2年目以降にどのような研修をするべきなのかを焦点を当てた研究は少ない。本研究では，卒後3年目から4年目の看護師と卒後2年目看護師のストレスと自尊感情を比較し，その差を明らかにすることによって，卒後2年目の看護職に対する研修のあり方を検討するための基礎資料とすることを目的とした。

Ａ大学附属病院に所属する卒後2年目から4年目までの看護師約180名に対し，半構造的自記式質問紙調査を実施した。

本研究の結果から，卒後2年目と3年目，4年目では量的な観点からは卒後2年目よりも3年目，4年目の方が自尊感情は低く，ストレスも高い傾向が見られた。質的分析からは卒後2年目と3年目では不安の種類の違いが見られた。本結果については日本看護管理学会等で発表予定である。

研究課題：**特定機能病院における入院高齢者の退院・在宅療養支援の実施状況の評価―電子カルテデータを用いた退院調整加算評価前後の比較―**

共同研究組織：
研究代表者　春山　早苗
共同研究者　大柴　幸子
（本学大学院看護学研究科　博士後期課程・本看護学部　臨床講師），
前原多鶴子
（本学附属病院　地域医療連携・患者支援部　看護支援室　室長・本看護学部　臨床准教授），
戸田　昌子
（本学附属病院　地域医療連携・患者支援部　入退院支援室　師長・本看護学部　臨床講師）

執行した研究費総額：
64,627円（配当額：232,200円）
（内訳）物品費：　15,247円
謝金：　34,440円
学会等参加費：7,000円
旅費：　7,940円
その他：　0円

関東圏内の一つの特定機能病院における，退院支援体制に大きな影響をもたらしたと考える退院調整加算新設前後の2010年度～2011年度と2012年度～2013年度の退院・在宅療養支援の実施状況を電子カルテの看護記録データから比較し，その変化を明らかにして，看護師の認識の変化を考察することを目的とした。

2010年度～2013年度の4年間における成人系一般病棟の高齢者約7,000～8,000人の看護記録データを対象に，患者属性，退院・在宅療養支援にかかわる195項目の記録数，退院調整部門への相談件数を調べた。データの使用については，当該病院のデータ利用申請の手続きをとり，入院病棟名および診療科名，個人が特定できるデータを除去して提供されたデータセットを使用した。

その結果，4年間の一般成人系の延べ入院患者数は71,801人であった。退院支援有の患者数は2012年度の診療報酬改定前2年間で14,563人，後の2年間は15,475人であった。改定前後の退院調整加算の取得で有意差はなく，退院支援の実施にも差はなかった。臨床での退院支援体制として看護師の意識には大きく変化してはいないことが明らかになった。診療報酬の改定は推進する医療提供体制が提示され，病院経営に及ぼす影響も大きい。患者への医療提供の方向性を臨床現場で実践に結び付けていくためには，単に改定された内容を示すだけではなく，組織的な働きかけ，システムづくりが重要であり，マネジメントの重要性が示唆された。

本研究結果は，医療情報に関する学会で発表予定である。

研究課題：**学生の学習状況・学習環境状況調査**

共同研究組織：
研究代表者　成田　　伸[1)]
共同研究者　大塚公一郎[1)]，中村　美鈴[1)]，
横山　由美[1)]，里光やよい[2)]，
鈴木久美子[2)]，角川　志穂[2)]，
塚本　友栄[2)]，浜端　賢次[2)]，
田村　敦子[3)]，長谷川直人[3)]，
平尾　温司[3)]，福田　順子[4)]
1）自治医科大学看護学部　教授
2）自治医科大学看護学部　准教授
3）自治医科大学看護学部　講師
4）自治医科大学附属病院看護職キャリア支援センター

執行した研究費総額：
345,658円（配当額：355,400円）
（内訳）物品費：　　10,800円（書籍）
謝金：　　4,000円（人件費）
学会等参加費：23,000円（学会参加費）
旅費：　　12,160円（学会参加）
その他：　　295,698円
（複写料89,310円，封筒印刷費6,804円，調査票入力・簡易集計199,584円）

大学生の学習状況が大きく変化している状況を鑑み，本学看護学生の学習状況や学習環境の状況について調査し，現行カリキュラム，学部内学習環境，教授方法等の改善・改革の必要性について検討することを目的に，以下の通り進行した。平成26年8月，調査計画の立案会議を開催し，質問紙調査票について文献検討を行った後，原案を作成した。情報収集のために日本看護学教育学会第24回学術集会へ参加した。調査票を確定し，平成27年1月7日に自治医科大学疫学倫理審査委員会の承認を受けた（第 疫14-77号）。

平成27年1月から平成27年2月にかけて，学生への事前説明および配付，回収を行った。アンケート回収率は，1年次生81.9％（全105名に配付し86名回収），2年次生：81.7％（全104名に配付し85名回収），3年次生：94.1％（全103名に配付し97名回収），4年次生：98.0％（全102名に配付し102名回収）であった。今後，データを分析し，報告書作成および学内外に公表する予定である。

第14回自治医科大学シンポジウム
ポスターセッション抄録

発表課題名　**妊娠糖尿病療養支援助産師育成プログラムの開発と研修会の開催**

所　　属　自治医科大学看護学部
職　　名　教授
氏　　名　成田　　伸，
松原まなみ（聖マリア学院大学），
大平　光子（広島大学），
工藤　里香（京都橘大学），
山田加奈子（大阪府立大学），
笹野　京子（富山大学），
松井　弘美（富山大学），
川口弥恵子（聖マリア学院大学），
小嶋　由美（ことり助産院），
立木　歌織（利根中央病院）

要　旨

妊娠糖尿病（GDM）既往女性のその後の糖尿病（DM）発症予防には，母乳育児支援と産後長期のフォローアップが重要である。本研究は，挑戦的萌芽研究「妊娠糖尿病女性への妊娠糖尿病認定助産師による産後継続支援に関する多施設共同研究」平成26～28年度（研究代表者成田/課題番号26670990）の一部である。科研では，GDM既往女性への，妊娠糖尿病療養支援助産師（GDM助産師）が主導する母乳育児支援と健康教育を行う産後継続支援により，DMに関わるフォローアップ率を改善することを目的に，多施設共同研究を行う。GDM 助産師とは，GDM を含め糖尿病発症予防についての知識強化の育成プログラムを修了した助産師である。GDM助産師育成のためのプログラムを開発し，その育成を開始したので，報告する。

【目的】助産師に対してGDM を含め糖尿病発症予防について知識強化する育成プログラムの内容を検討し，研修会を開催，評価する。

【方法】プログラムは，GDM支援で先駆的な施設視察，文献検討，研究者間討議により開発した。研修会は研究メンバーで開催し，開催時の反応等から評価を行う。

【結果】プログラムはベーシックコース3日間，アドバンスコース2日間で，前者は，糖代謝異常の基本，母乳育児の効果，GDM妊産褥婦への支援，GDM既往女性への母乳と育児生活の支援，コミュニケーションスキル等の講義・演習と施設を超えた討議を含んだ。後者は，インスリンでの血糖コントロール，食事・運動療法，産後継続支援という介入の演習を含む。研修会は第1期分として栃木2会場，大阪1会場で開催し，約70人の受講であった。

【考察】広報期間が短く日程もタイトで受講を断念した方も多く，受講の要望は高く，参加者の学習への意欲も高かった。今後2期分を東京，大阪，富山，久留米，栃木等で開催予定である。

【結論】科研の介入プログラムは現在精錬中で，１期修了のGDM助産師と協働し，本年度後半から開始予定である。修了したプログラムを見直し，2期開催につなげていきたい。

発表課題名　**終末期がん患者の在宅療養への移行に関する文献レビュー**
所　　属　自治医科大学大学院看護学研究科
　　実践看護学分野　がん看護学領域
職　　名　看護学研究科博士前期課程1年
氏　　名　皆川　麗沙

要　旨

【背景】第2次がん対策推進基本計画の施策のひとつとして，現在，在宅医療体制の構築が推進されている。2013年に実施された厚生労働省終末期医療に関する調査等検討委員会「人生の最終段階における医療に関する意識調査」において，「末期がんであるが，食事はよくとれ，痛みもなく，意識や判断力は健康なときと同様の場合，人生最終段階を過ごしたい場所」として，自宅で過ごすことを希望している一般国民は71.7％に上る。しかし実際のがん患者の在宅死は，同じ年の死亡総数の9.6％にとどまっている。また一方で，近年医療費削減を目的とした在院日数の短縮化も推進されており，がん患者の多くが病院・診療所などの施設で死亡するという現状を変え，在宅療養を行うがん患者を増やすための対策を具体化していくことは課題である。以上の背景をふまえ，終末期がん患者およびその家族が在宅療養を希望していながら，看取りを前提とした在宅療養への移行を困難であると考える要因あるいは促進する要因は何かを明らかにする必要があると考えた。

【目的】終末期がん患者の在宅療養への移行を困難と考える要因あるいは促進する要因に関する文献レビューを行い，現時点での知見を明らかにする。

【方法】2015年7月時点で，医学中央雑誌Web版(Ver.5)において検索可能な1988年～2015年までの文献を対象に，「がん」，「在宅療養」，「看取り」，「在宅看取り」，「移行」をキーワードとし組み合わせて検索した。検索文献のうち，会議録は除外した。

【結果】該当した101件のうち，論題や抄録から「非がん」などがん患者の在宅療養移行に関するものでないと判断されるもの，小児など特有の様相があると考えられるものを除外，65件を対象とした。

キーワード			文献数
がん	在宅看取り	－	56
		and移行	6
	在宅療養	and看取り	917
		and看取りand移行	111

1．在宅療養移行を困難とする要因は，Tang & McCorkle（2001）による3つの側面より以下のように整理された。

＜患者・家族の要因＞医療的ケア・介護の実施，急変時や夜間の対応，病状悪化などに関する不安を抱いていること（沼田,清水,東間,2006　その他11件），家族の介護力の不足（大川,水津,藤田,森下,鈴木,2008　その他6件）などが報告されていた。

＜医療提供者の要因＞往診医がみつからない（原田,2011　その他6件），訪問看護ステーションがないあるいはその質が十分でない（木澤,2001　その他6件），病棟看護師の在宅療養の理解不足・イメージできないこと（早瀬,森下2008　その他4件），在宅看取りを前提とした早期からの介入・調整の必要性（山岸ら,2015　その他7件）などが報告されていた。

＜管理運営的な要因＞デイケア・レスパイト入院の施設の不足（奥村,2013　その他2件），医療用麻薬を扱うかかりつけ医・薬局の不足（細田ら,2012　その他2件）などがあった。

2．在宅療養移行を促進する要因は，Tang & McCorkle（2001）による3つの側面より以下のように整理された。

＜患者・家族の要因＞患者・家族の在宅療養の希望があること（福井,2007　その他5件），家族間に協力体制があること（副介護者があること）（田邊,梶山,垣見,隅田,周治,2011　その他5件）などがあった。

＜医療提供者の要因＞院内・院外との多職種合同カンファレンスの開催による情報・ニーズの共有（武田,2009　その他12件），なかでも「顔の見える連携」（廣橋,2014　その他5件）が患者・家族の不安の軽減や，在宅療養の継続に有効であるだけでなく，看護師の在宅療養移行に関する考え方は，実際に在宅療養移行支援を経験することによって肯定的なものになると示唆されていた。早期からの見通しを持った関わり（渡部ら,2007　その他6件）などがあった。

＜管理運営的な要因＞インフォーマルな援助があること（横山,2012　その他2件）などがあった。

【今後の課題】終末期がん患者および家族が看取りを前提とした在宅療養への移行を困難と考える要因あるいは促進する要因を明らかにする研究は行われているが，在宅療養移行支援を通して病棟看護師の在宅療養への意識がどのように変化したのか具体的な研究はなされていない。今後は，病棟看護師が実際に在宅療養移行を支援することで，看護師の在宅療養に対する意識や実践はどのように変化しているのかを明らかにし，終末期がん患者とその家族が在宅療養移行を検討・選択する過程を援助する看護実践への示唆を得たいと考える。

【文献】

福井小紀子.（2007）. 入院中の末期がん患者の在宅療養移行の検討に関する要因を明らかにした全国調査.日本看護科学会誌.27（2）.92-100.

原田小夜.（2011）.介護支援専門員の在宅ホスピスケア困難要因と関連要因の検討.日本健康医学会雑誌.20（1）.31-37.

早瀬仁美,森下利子.（2008）.終末期がん患者の在宅移行を支援する看護師の認知.高知女子大学看護学会誌.33（1）.39-47.

廣橋猛.（2014）.病院と在宅緩和ケア　連携とその実際　在宅への移行はホスピタリストの理解と行動が重要.Hospitalist（4）.1039-1044.

細田舞,今若陽子,山口満明, 杉谷亮,栂瀬道夫,平賀瑞雄,中谷久恵.（2012）. 保健所が取り組むがん患者への在宅緩和ケアの課題　遺族へのフォーカス・グループ・インタビュー調査から.保健師ジャーナル.68（4）.330-336.

木澤義之.（2001）. がん終末期患者の在宅医療　その現状と課題　ターミナルケア.11（4）.253-257.

厚生労働省.（2015b）.終末期医療に関する調査等検討委員会「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/zaitaku/dl/h260425-02.pdf

沼田久美子,清水悟,東間紘.（2006）.がん終末期患者の在宅医療・療養移行の課題－病状説明，告知の現状－.厚生の指標.53（11）.1-4.

奥村美奈子.（2013）.A県における終末期がん患者在宅療養支援体制の課題,岐阜県立看護大学紀要,13（1）,103-113.

大川宣容,水津朋子,藤田佐和,森下利子,鈴木志津枝.（2008）.高知県における終末期がん患者の在宅移行に対する看護師の認識.高知女子大学紀要.58.19-29.

武田明.（2009）.在宅緩和ケアとの切れ目のない連携を可能にした院外施設参加型カンファレンス.緩和医療学.11（4）.379-382.

田邊蘭,梶山徹,垣見亮,隅田浩子,周治規子.（2011）. 退院支援における転帰におよぼす影響要因の検討－終末期がん患者への支援経過分析より－.関西電力病院医学雑誌.43.81-87.

Tang ST, & McCorkle R.（2008）.Determinants of place of death for terminal cancer patients,Cancer Invest,19,165-80, 2001.

山岸暁美,森田達也,川越正平,清水恵,小澤竹俊,安恵美, …宮下光令.（2015）. 終末期がん患者に在宅療養移行を勧める時の望ましいコミュニケーション　多施設遺族研究.癌と化学療法.42（3）.327-333.

横山 美智子.（2012）. 末期がん患者の退院調整と在宅ケアにおけるフォーマルとインフォーマルサービスとの連携により実現したシームレスケア.保健医療福祉連携.5（1）.28-34.

渡部芳紀,黒田美智子,吉田美代子, 横山英一,川村博司,加藤玲子,加藤佳子.（2007）.緩和ケア病棟における在宅移行困難症例の検討　緩和ケア病棟カンファレンスから抽出された緩和ケアの課題とその対策に関する考察.三友堂病院医学雑誌.8（1）.27-33.

発表課題名　**終末期患者に関わる看護師の看取り体験に関する文献レビュー**

所　　属　自治医科大学大学院看護学研究科
かん看護学分野
職　　名　博士前期課程
氏　　名　岩永　麻衣子

要　　旨

【背景】

2011年の我が国の全死亡者における死亡場所は，診療所・（緩和ケア病棟以外）病院が76.1％緩和ケア病棟2.4％である。病院において終末期看護に携わる看護師は，患者の看取りに関わる機会が多い現状がある。看護師は，受容や共感をすることで精神的・身体的影響を受けやすい特殊性があるいわれている。特に終末期ケアは，患者の死と対峙することで看護師にとって精神的な影響が大きく，看取りの前後において様々な体験をしていることが考えられる。以上の背景より，病院に勤務する終末期患者に関わる看護師の看取り体験についての現状と，今後の課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】

医学中央雑誌Web Ver.5にて検索可能な1977年～2015年6月までのものとした。キーワードは，「看取り」「体験」のキーワードに「看護師」「終末期」「がん」を追加し文献検索を行った。小児・精神・在宅など特有の様相があると考えられるもの，会議録を除外した。（中木ら，2007）の体験の結果示す現象「発達」「肯定的感情」「否定的感情」「習得・熟達」「自己存在意味の見出し」「関係の再構築」「自己受容」の枠組みを使用し文献を整理した。論文中にこれら7つの現象のキーワードがある，もしくは類似していると判断したものを分類整理した。

【結果】

終末期患者に関わる看護師の看取り体験に関する研究のうち，目的に沿った21文献を対象とした。

文献数は，複数の枠組みに関連している文献があるため重複しているものもある。

「発達的変化」は，人間として成長を遂げるという内容であり5件であった。看護師の理想の看取りが出来ている割合は20％であり，医師や他のスタッフとの連帯感や，看護師自身の十分な思いの表出が，看取り体験を成長へ繋げる因子となるとして報告されている。また，看護師が患者と家族から癒しを与えられることや気持ちが通じあうことが，看護師の悲嘆の乗り越えや新たな命の意味を見出す成長につながることが明らかになっている。

「肯定的感情」は，満足感・達成感に結びつけるという内容であり，6件であった。症状コントロールができて苦しみがない，家族に見守られた死をよい最期と捉られており，看護師が考える理想の最期の経験の有無が，肯定的感情に影響すると言われている。また，患者と家族から看護師自身がケアされる関係であることへの肯定的な気づきとその経験が，終末期患者と家族から逃げない看護師の態度につながると述べられている。そして，患者・家族から逃げない看護師は，死を病や苦痛からの解放を意味するなど，ポジティブな側面に気づく態度の特徴があることが明らかになっている。

「否定的感情」は，罪悪感・喪失感・不安の内容であり，14件であった。看護師は，終末期の患者に寄り添う事の辛さ，患者を避けたくなる感情や恐怖感をもっており，患者・家族とのコミュニケーションが不十分な者は心的負担が大きいとされる。死から逃げる看護師は，自分の悲しみの感情を表出しないほうが良いと捉えているとされている。身体症状のコントロールがうまくいかなかったことや急変などで理想の看護ができなかった体験が，無力感や自責の念を生じさせていると報告されている。そして，急性期患者と終末期患者の混在する大学病院の一般病棟の看護師は，十分なケアの提供が行えておらずストレスを感じているという結果がある。また，一般病棟と，緩和ケア・ホスピスでの比較において，一般病棟の看護師の方が，理想の看取りが実現していない傾向があると報告されており，施設環境における違いが明らかにされている。経験年数と否定的感情の関連においては，5年目未満の看護師に，否定的感情をもつ割合が多いとする報告と，11年名以上にあるという二つの結果が示された。

「習得・熟達」は，看取りに関する感情への支援と，看取り体験を成長に繋げるための対処法とした内容であり，7件であった。カンファレンスや同僚との話し合いで看護の意味づけを行うこと

が，看護師の精神的支援と，看取り体験を次のケアに活かす有効な対処行動であることが明らかになっている。

「自己存在意味の見出し」「関係の再構築」「自己受容」に該当する文献は得られなかった。

【考察・今後の課題】

一般病棟や緩和ケアにおける否定的感情の看取り体験の現状と，成長に繋げるための対処方法は述べられているが，急性期患者と終末期患者の混在する大学病院の一般病棟に対象を絞った，看取り体験の現状と，成長へ繋げるための対処法が行われている現状や有効性については明らかにされていない。看取り体験を成長へと繋げる有効な対処方法を明らかにし，終末期ケアを行う看護師の教育的支援を導くことが今後の課題である。

＜引用文献＞
中木高夫,谷津裕子,神谷桂.（2007）.看護研究論における「体験」「経験」「生活」の概念分析,日本赤十字大学紀要,NO 21,42-54.

（平成19年4月1日制定）
改正　平成26年1月7日
改正　平成26年10月23日

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，投稿の時点で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，「論文」，「総説」，「実践報告」，「資料」，「特別寄稿」とし，編集委員会が適当と認めたものとする。

ａ．論文

独創的で新しい知見が論理的に示されており，看護学の発展に寄与すると認められたものとする。論文の形式は，緒言，研究対象および研究方法，結果，考察，結論，引用文献の順とする。

ｂ．総説

看護学に関わる特定の分野やテーマについて1つ又はそれ以上の学問分野における知見を幅広く概観したものとする。

ｃ．実践報告

看護実践や教育に関わる新しいもしくは有用な技術や方法などを報告したものとする。

ｄ．資料

論文，実践報告ほど独創性は高くなくとも，看護学に関連する提案，提言，調査などの報告とする。

ｅ．特別寄稿

編集委員会からの依頼に基づく寄稿原稿とする。原則的には査読を設けない。

４．投稿原稿の採否

投稿原稿の採否は，1編につき2名の査読員による査読を行い，自治医科大学看護学ジャーナル投稿論文規程に基づいて編集委員会で決定する。

５．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。

６．投稿要領

１）原稿種類による枚数

ⅰ「論文」，「総説」は，刷り上がり12ページ以内とする。（図・表・写真を含む）

ⅱ「実践報告」，「資料」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

ⅰ　原稿は，Ａ４判，横書きの用紙を用いて，1頁44字×45行2段組とする。
ⅱ　英文の場合は，Ａ４判ダブルスペースとする。
ⅲ　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．結論
　　文献

４）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。

５）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。

６）文献の記載様式

（1）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。
（2）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。
（3）文献の記載方法は，次の例にしたがう。著者名は，和洋文献共に3名までとする。
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，乙坂佳代他：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.,et.al：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）DavisE.R. : Total Quality Management for Home Care. Aspen Publishers(Maryland), 32-36, 1994.
（4）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。

７．投稿原稿の提出方法

投稿論文原稿は2部提出する。内訳として「原本投稿原稿」，「査読用投稿原稿」とする。

１）投稿原稿の形式

（1）原稿の１枚目
ⅰ「原本投稿原稿」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，3-4語程度のキーワードを記載する。

ii「査読用投稿原稿」は，希望する原稿の種類，表題，英文表題，3～4語程度のキーワードを記載する。著者名，英文著者名，所属機関名，英文所属機関名は記載しない。

(2) 原稿の2枚目

「原本投稿原稿」「査読用投稿原稿」とも以下共通内容である。

i　400字程度の和文抄録をつける。

ii　『論文』を希望する場合は，和文抄録に加えて250words程度の英文抄録と3-4wordsの英語キーワードをつける。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。

(3) 原稿3枚目以後

i　本文とする。※投稿要領「原稿の構成」参照

ii　「査読用投稿原稿」では，倫理審査委員会の固有名，謝辞他，投稿者を特定する事項はマスキングする。

iii　論文頁数，行数を挿入して提出する

iv　編集委員会からの求めがあった場合は，倫理審査委員会の承認通知書を提出する。

2）投稿原稿の提出方法

(1) 投稿原稿の提出（上記の投稿原稿，図・表）は，電子媒体にて提出する。なお，投稿原稿は，ジャーナル投稿規程に沿って体裁を整えて提出すること。

(2) ファイルは，「Word」文書ファイルで提出する。Macを用いる場合は，DOS/Vフォーマットを使用すること。

※メールには，氏名，使用したワープロソフト名を明記する。

(3) パスワード付きで「hensyuu@jichi.ac.jp」に添付ファイルで投稿する。

※パスワードは，看護総務課から通知する。

(4) 添付ファイル名は，「第○巻看護学ジャーナル（原本）：氏名」と「第○巻看護学ジャーナル（査読用）：氏名」の2種類のファイル名を記載し送付する。

3）投稿原稿の受付期間

(1) 投稿原稿の受付は，通年受付とする。

(2) 随時投稿された原稿は投稿された時点から査読を開始する。

(3) 査読期間は約4週間，原稿修正期間は約4週間を目安とする。

(4) 当該年度の9月末日までに投稿した場合は，査読の結果により当該年度の号に掲載可能となる。

8．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。

9．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。

編　集　後　記

看護学ジャーナル発刊に際して，本学看護学部の先生方，看護総務課の方々の御尽力に深い敬意を表します。そして，査読に御協力いただきました先生方および看護学ジャーナルの編集委員の先生方が，一編ずつ誠心誠意のある対応をしていただきましたお蔭で，論文の質の向上に大きく寄与することができました。

本学の看護学ジャーナル投稿論文は，若手の教員や大学院生などが中心であり，このような若手の研究者を育成するための具体的な方策や支援体制を強化していく必要があると思います。今年度は，看護学ジャーナル論文数は少ないですが，若手の研究者の方々が真摯に取り組まれた論文です。何卒ご一読くださいますようお願い致します。

本学大学院看護学研究科博士後期課程は完成年度に達し，今後さらなる研究論文の質が求められてきます。看護学ジャーナルの論文の質の向上を目指した取り組みが，なお一層活性化されますことを祈念しております。

（編集委員長　本田　芳香）

査読協力者
北田志郎，里光やよい，角川志穂，永井優子（五十音順）

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
	塚本　友栄
	飯塚　秀樹
	千葉　理恵

自治医科大学看護学ジャーナル　第13巻

平成28（2016）年3月31日発行

発　行　者　自治医科大学看護学部
　　学部長　　春　山　早　苗
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㈹