

ISSN 1882-9880

# 自治医科大学看護学ジャーナル

Jichi Medical University Journal of Nursing

第 17 卷



2019

## 目 次

### 実践報告

- 看護学生の生活行動と生活体験の特徴からみた教育方略  
佐々木彩加, 小原 泉, 鹿野浩子, 江角伸吾, 永井優子,  
半澤節子, 成田 伸, 中村美鈴, 春山早苗…………… 3

### 資 料

- 乳幼児を持つ低所得世帯に対する支援及び支援体制に関する文献レビュー  
山縣千開, 春山早苗…………… 9

### 資 料

- 特定行為研修研修生が認識する意思決定支援：定性的内容分析  
関山友子, 鈴木美津枝, 村上礼子…………… 21

### 資 料

- 看護教育におけるeポートフォリオの活用の実態  
八木(佐伯)街子, 鈴木美津枝, 浅田義和, 村上礼子…………… 33

### 看護学部教員共同研究報告

- 看護師特定行為研修のチーム医療の学びについて…………… 41
- 特定行為に係る看護師の研修に関する修了生所属施設での受講ニーズ調査…………… 42
- 看護学生が授業の感想を記述・表出する教育的意義：文献的考察…………… 43
- 看護専門職への移行期にある看護学部高学年生および  
新人看護師の看護実践能力向上に向けた文献研究…………… 44
- 看護学生の自己決定型学習を促進する学習環境の構築：  
ラボ室運営に関する探索的研究…………… 45
- 地域包括ケアシステムにおいて協働する住民の地域特性別発掘方略及び  
生活支援コーディネーターの活動方法に関する研究…………… 46
- 介護施設看護職を対象とした口腔ケアおよび  
摂食嚥下に関するスキルアッププログラムの作成…………… 47
- 学内看護演習における臨床指導者の関わりによる教育的効果の検討…………… 48
- 看護学生の情動知能と他者とのかかわりに関する縦断調査…………… 49
- 地域包括ケアシステムにおいて協働する住民の地域特性別発掘方略及び  
生活支援コーディネーターの活動方法に関する研究…………… 50

平成30年度地域ケア実践開発事業報告	53
第18回自治医科大学シンポジウムポスターセッション抄録 精神科病院における隔離に対する倫理的悩みと人的環境要因との関連	73
投稿規程	74
編集後記	77

## 実践報告

### 看護学生の生活行動と生活体験の特徴からみた教育方略

佐々木彩加, 小原 泉, 鹿野浩子, 江角伸吾, 永井優子,  
半澤節子, 成田 伸, 中村美鈴, 春山早苗

## Educational Strategies from the Relation between Nursing Students' Life-behaviors and Life-experiences

Ayaka Sasaki, Izumi Kohara, Hiroko Shikano, Shingo Esumi, Yuko Nagai,  
Setsuko Hanzawa, Shin Narita, Misuzu Nakamura, Sanae Haruyama

目的：看護学生の生活行動と生活体験の特徴を明らかにし、看護教育の示唆を得る。

方法：看護学部3年生を対象に独自に作成した調査票を配布し、得られた回答を解析した。

結果：有効回答数は58名で、親元を離れている学生が55.2%であった。生活行動では、食事の支度や自室の掃除、洗濯をするのは親元を離れている学生で有意に多かった。換気、手洗い、テーブル拭き、入浴の際の湯温確認を行わない学生は3割以上いた。生活体験では、入学前に高齢者と同居経験がある学生は44.8%で、高齢者の世話の経験が有意に多かった。病人の世話の経験がある学生は41.4%だった。

結論：学生の生活体験は一概に乏しいとは言えないが、高齢者や病人と入学前に関わった経験は多くなく、望ましい生活行動に関する既習知識は学生自身の日常生活で実践できていない。学生の生活行動や生活体験を理解することは、看護の対象の理解や実践方法を教授する上で有用である。

キーワード：看護学生, 生活行動, 生活体験, 教育方略

### I. はじめに

看護職は、医療機関や地域、企業などの幅広い場所でその専門性を発揮することが期待されている。その準備段階である看護学生は、看護の対象となる人々の健康に関連する日常生活を支えるために、対象を理解し支援する方法を学習する。看護の実際では看護者自身が道具となって対象の日常生活を支えることから、学生の生活習慣や生活体験が学習の進捗にも影響するといわれている<sup>1)</sup>。

現在看護学生として学んでいる世代はIT

(Information Technology) 化、オートメーション化された生活が浸透した中で育っている。この世代が社会人となると、社会や医療技術の進展に伴う高度な仕事を期待されるが、社会人として求められる基本的な能力を獲得しないままであることが多く、学生から社会人への移行がスムーズにいかないことが懸念されている<sup>2)</sup>。特に看護職においては、その業務の特性から正確に業務を遂行することが求められ、自分の身体をコントロールして身に付けた看護技術を発揮していくことになる。IT化、オートメーション化された社会は簡便化され効率が良いという利点があるが、自身の身体機能を用いる機会が減少しているという面もある。

自治医科大学看護学部

School of Nursing, Jichi Medical University

我々の研究グループが先に報告した調査<sup>3)</sup>では、他の先行研究と同様、利便性の高い生活環境で育ったという学生の特徴が抽出された。ここでは、看護学生の生活体験は一概に乏しいとはいえないことが報告されているが、大学入学前までの生活体験のうち高齢者や病人との関わりについては、既報<sup>1)</sup>とほぼ同じであった。ここから、実習などで臨地に出るまで病院の環境や患者の生活環境の実際を知るような生活体験を経ていることも推察できる。

以上より、学生自身の生活の中でどのような生活行動が身に付き習慣化されているかは、自身の身体を活用して行われる看護の実践場面において、技術の正確さなどへ影響することが考えられる。また、看護を提供する上で必要となる対象理解や目の前の対象に即した支援の提供には、看護職となるまでの生活体験が影響する可能性が考えられる。

そこで今回、看護学生の生活行動、生活体験を明らかにし、看護教育における方略の示唆を得ることを目的として調査を実施した。

本研究は、先に実施した調査研究の課題<sup>3)</sup>をふまえて調査項目の表記を整備し、看護学教育へのさらなる示唆を得ることを意図して行われた研究である。

## II. 研究方法

対象はA大学看護学部3年生である。平成30年1月～2月に無記名の自記式調査票を対象となる学生全員に配布し、施錠された回収ボックスへの投函、あるいは郵送での回収を行った。

本研究で用いた調査票は、看護学生の生活および日常生活での体験に関する57項目の質問から構成されている<sup>3)</sup>。調査項目は、米国の教育研究機関Higher Education Research Instituteが開発した大学生調査の日本語版Japanese College Student Survey (JCSS)と、看護学生の生活および日常生活活動での体験に関する先行研究<sup>1,4)</sup>を参考に作成した。回答内容については、IBM SPSS Statistics 24.0 (IBM Inc, New York) を用いて、生活行動と生活体験の各項目および属性との関連を記述統計およびt検定を行った。p値 < 0.05を有意差ありとした。

本研究は研究者の所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した (臨大16-079)。倫理的配慮

として、対象者が学生であることから、調査目的、方法、協力は自由意思であること、匿名性であり協力しない場合でも不利益はないことを記した説明文書を配布した。調査票の提出をもって同意を得たものとした。

## III. 研究結果

調査票は104名に配布され、回答数は70件 (回収率67.3%)、無回答の項目があった12件を分析から除き有効回答数58件 (55.8%) であった。

### 1. 対象者の属性

有効回答が得られた対象者は、女性57名 (98.3%)、男性1名 (1.7%) で平均年齢 ± 標準偏差 [Standard Deviation; SD] は  $20.9 \pm 0.44$  歳であった。

大学への通学に関して、親元から通っている学生は26名 (44.8%)、親元以外は32名 (55.2%) で、親元を離れて生活している学生については寮生活が30名 (51.7%)、1人暮らしが2名 (3.4%) いた。平均通学時間 ± SD は  $25.4 \pm 27.9$  分で中央値は10.8分であり、親元からは平均  $47.8 \pm 28.6$  分、親元以外からは平均  $7.3 \pm 3.6$  分で、親元から通学する時間の方が有意に長くなった ( $p < 0.001$ )。

### 2. 最近1ヶ月の生活行動

対象者の生活行動に関する結果は、表1に示した。

#### 1) 食事に関する項目

食事に関する項目間の関連としては、三食食べるかどうかと栄養バランスとの関連はみられなかった ( $p = 0.138$ )。

また、食事の支度をする学生の方が、支度をしない学生よりも後片付けをしていた ( $p = 0.019$ )。

#### 2) 運動、換気に関する項目

運動は時々している学生が51.7%であった。換気に関しても約半数が気にして、換気をする行動をとっていた。運動や換気に関する項目と他項目との関連性はみられなかった。

#### 3) 睡眠に関する項目

睡眠時間に関しては、平日の平均睡眠時間 ± SD が  $6.1 \pm 1.0$  時間で中央値6.0時間、臨地実習期間中は  $4.8 \pm 1.3$  時間で中央値4.9時間であり、実習期間中の睡眠時間が有意に少なかった ( $p < 0.001$ )。

#### 4) 掃除に関する項目

自分で部屋を掃除する学生は、しない学生に

看護学生の生活行動と生活体験の特徴からみた教育方略

比べて食事の支度や洗濯も自分で行う人が有意に多かった（食事の支度:  $p = 0.007$ , 洗濯:  $p = 0.036$ ）。

5) 清潔習慣に関する項目

清潔習慣については、テーブル拭き、手洗い習慣、歯磨き、保清に関する質問を設けた。

帰宅後に手洗いする学生は、しない学生に比

べて食事前も手洗いをする人が多かった ( $p = 0.001$ )。

歯磨きは1日の平均回数±SDが $2.5 \pm 0.7$ 回で、保清については、入浴やシャワー時に湯温を確認するのが大半で、70.7%であった。

6) トイレ、風呂の設備に関する項目

トイレや風呂の設備は他項目との関連性はみら

表1：対象者の最近1カ月の生活行動 (n = 58)

項目		人数	%	項目		人数	%		
食事	一日三食食べる	毎日	33	56.9	掃除	自分で部屋を掃除するか	週1回	19	32.8
		時々	22	37.5			1~2週に1回	6	10.3
		いつも食べない	3	5.2			2週に1回	16	27.6
	栄養バランスがとれた食事	している	19	32.8			その他	10	17.2
		時々	22	37.9			自分でしない	5	8.6
		全くしていない	3	5.2	自分で衣類を洗濯するか	週1回	18	31.0	
	食事の支度を自分でするか	毎日する	14	24.1		1~2週に1回	1	1.7	
		週4~6回	9	15.5		2週に1回	0	0	
		週2~3回	10	17.2		その他	20	34.5	
		週1~2回	8	13.8		自分でしない	19	32.8	
		週1回未満	5	7.0	清潔習慣	食事前後にテーブルを拭くか	前後とも拭く	23	39.7
	しない	13	22.4	食事前に拭く			9	15.5	
	食事の後片付けを自分でするか	毎日する	31	53.4			食事後に拭く	11	19.0
		週4~6回	7	12.1			全く拭かない	15	25.9
		週2~3回	5	8.6			帰宅後に手洗いをするか	いつもする	45
週1~2回		7	12.1	時々する	10	17.2			
週1回未満		3	3.5	あまりしない	3	5.2			
しない	6	10.3	全くしない	0	0				
運動	なにか運動をしているか	毎日	1	1.7	食事前に手洗いをするか	いつもする		32	55.2
		時々	30	51.7		時々する	19	32.8	
		していない	27	46.6		あまりしない	5	8.6	
睡眠	睡眠は十分とれているか	毎日	11	19.0		全くしない	2	3.4	
		まあまあ	41	70.7		歯磨きをするのはいつか (複数回答可)	起床時	24	41.4
		あまりとれていない	6	10.3	食前		10	17.2	
	使用している寝具	ベッド	53	91.4	食後		45	77.6	
		布団	5	8.6	就寝前	43	74.1		
		シーツ交換を自分でするか	週1回	3	5.2	体を清潔にする主な方法	入浴	51	87.9
	1~2週に1回		6	10.3	シャワーのみ		7	12.0	
	2週に1回		18	31.0	湯温の確認 (複数回答可)	皮膚感覚	33	56.9	
	その他の頻度		14	24.2		湯温設定の表示	12	20.7	
	自分でしない	17	29.3	確認しない		17	29.3		
換気	換気で気になることがあったか (複数回答可)	窓を開けた	21	36.2					
		換気扇を回した	13	22.4					
		なかった	28	48.3					

れず、風呂の機能と湯温を確認するかどうかについても関連していなかった。

### 7) 属性との関連

各生活行動を親元からの通学か否かで検討したところ、食事、掃除、清潔習慣に関する項目について有意差が認められた。

親元から通学していると、毎日三食食べる学生が多い傾向だが有意差はなく ( $p = 0.052$ )、親元以外だと時々しか栄養バランスの良い食事を摂っていないと回答した学生が多かった ( $p < 0.001$ )。また、食事の支度を自分でするのは親元以外から通学する学生の方が有意に多かったが ( $p < 0.001$ )、後片付けは親元かどうかに関わらずほとんどの学生が自分でしており有意差はなかった ( $p = 0.058$ )。

掃除に関しては、親元以外から通学する学生の方が、自分で掃除 ( $p = 0.014$ ) や洗濯 ( $p < 0.001$ )、シーツ交換 ( $p = 0.011$ ) をしている人が有意に多かった。

清潔習慣に関しては就寝前の歯磨きについて、

親元以外から通学する学生の方が行う人が多かった ( $p = 0.048$ )。

### 3. 入学前までの生活体験

入学前までの生活体験として、高齢者や乳幼児との同居や世話をした経験、病人の世話をした経験について調査した。結果は表2に示した。

高齢者との同居経験がある学生は26名 (44.8%) で、同居の平均期間±SDは14.8±6.0年であった。高齢者と同居経験のある学生の方が高齢者の世話をしたことがあり ( $p = 0.024$ )、話し相手をしたことがある人も有意に多くなった ( $p = 0.012$ )。

兄弟姉妹がいる学生は55名 (94.8%) で平均人数±SDが1.47±0.60人、中央値1.44人で、兄弟姉妹の有無と乳幼児の世話をした経験との間に、関連はなかった ( $p = 0.238$ )。

病人の世話については、「世話をしたことがある」と回答した学生が24名 (41.4%) だった。

表2：対象者の入学前までの生活体験 (n = 58)

項目		人数	%	主にどんな世話をしたか (複数回答可)	
高齢者と同居したことがあるか	ない	33	56.9		
	ある	25	43.1		
高齢者の身の回りの世話をしたことがあるか	ない	33	56.9		
	ある	25	43.1	食事	9 15.5
				移動	11 19.0
				排泄	5 8.6
				清潔	6 10.3
				更衣	11 19.0
				話し相手	24 41.4
兄弟姉妹はいるか	いない	3	5.2		
	いる	55	94.8		
乳幼児の身の回りの世話をしたことがあるか	ない	28	48.3		
	ある	30	51.7	食事	17 29.3
				移動	21 36.2
				排泄	18 31.0
				清潔	15 25.9
				更衣	26 44.8
				話し相手	26 44.8
子どものオムツ交換をしたことがあるか	ない	22	37.9		
	ある	36	62.1		
病人の身の回りの世話をしたことがあるか	ない	34	58.6		
	ある	24	41.4	食事	15 25.9
				移動	12 20.7
				排泄	8 13.8
				清潔	11 19.0
				更衣	11 19.0
				話し相手	16 27.6

#### IV. 考察

##### 1. 看護学生の生活行動の特徴

生活行動を把握する項目はいずれも、看護学生が臨地実習で対象の日常生活支援に関わることが多い項目でもある。本研究の対象となった3年生は一般的に望ましいとされる衣食住などの基本的な日常生活行動は知識として既に習得している。また、領域別の臨地実習を終えた時期に本調査票に回答しているため、実際に患者に対して日常生活支援を行った経験のある学生も少なくない。しかし、知識として大学で学び習得していたとしても、望ましい食生活、運動、換気、手洗い、湯音確認等を自身の日常生活の中で想起、あるいは実施していない学生も少なからず存在することが、今回の生活行動に関する結果から推察された。

運動については学生の部活動の状況も関連すると考えられ、健康のために意識的に運動しているかどうかは一概に言えない。換気については、環境整備の必要性について知識はあっても、実際に日常の中でどのように取り入れるまでには至っていないことが考えられる。

睡眠については、実習期間中の睡眠時間が有意に少ないという結果であった。看護学生は臨地実習や課題の多さなどから、他の学部比べて睡眠障害となる学生が多いという報告がある<sup>5)</sup>。睡眠不足は脳機能に影響し、注意力が散漫になることで、看護実践を行う際の正確さが失われることにも繋がるおそれがある。看護職の行う実践には正確さが求められるため、学生のうちから多忙であっても睡眠時間を確保できるような生活の調整が必要だと考えられる。

清潔習慣については先行研究<sup>1)</sup>同様の結果ではあるが、感染予防目的などで清潔に関する指導を臨地実習で経験した可能性がある3年生であっても、普段の行動の中に取り入れられていない学生もおり、実習と日常生活での学生の行動の乖離が考えられる。テーブル拭きも同様の結果で、環境整備の際の行動は学生の日常における清潔観と一致しているとは限らないと言える。

トイレや風呂の設備についての回答からは、学生が利便性の高い環境で生活してきた様子が伺える。病院や施設、患者の居住環境においては、必ずしも学生が慣れているような設備が整っているわけではない。学生が、対象の療養環境、住宅の状況まで視野に入れて療養生活をイメージし、必

要な支援を考えられるよう指導する必要があると言える。

また、本結果から親元から通学している場合は自分の身の回りのことも家族に頼っている様子が伺える。それに対し、寮での共同生活や一人暮らしの場合は、自ずと食事や掃除といった基本的な生活行動を行う状況が結果から示された。家族との同居では望ましいとされる生活行動を自ら実践する機会が少ない傾向があると考えられる。これが、臨地実習での対象者の日常生活体験の理解に影響しているかもしれない。

##### 2. 看護学生の生活体験の特徴

今回の結果では高齢者と関わる体験が大学入学前までの生活の中で乏しかった学生も55.2%いるということが示された。高齢者と関わる体験が乏しい看護学生は、高齢者と関わることに拒否的でケアへの関心も低いと言われている<sup>6)</sup>。今回は同居経験の有無によって高齢者の世話や話し相手になった経験に有意差が生じたことから、高齢者と同居していない場合は密接に関わる機会がなく、高齢者のケアへの関心には個人差が生じている可能性が考えられる。

病人との関わりについても同様のことが言える。本研究で対象となった看護学生の中には、臨地実習に出て初めて療養環境に赴き、病人と接することになった人もいると考えられる。療養環境も含めた病人の置かれている状況についても、実際に関わったことがなく具体的にイメージすることが困難な学生がいることも、教育上考慮しなければならないと言える。

一方、兄弟姉妹に関しては、既報<sup>1)</sup>では兄弟姉妹がいる割合が93.1%、平均人数が1.5人とされており、今回の研究対象の結果と合致していた。乳幼児（子ども）と関わる機会は、先述した高齢者に比べると多いと伺える。乳幼児や兄弟姉妹と関わったことがある学生にとって、小児看護の対象をイメージすることは比較的容易であると推察できる。

##### 3. 看護教育における方略の示唆

まず、本研究の結果から、学生は日常生活援助について習得した知識を自らの生活行動として取り入れていないことが多いと推察された。これは、望ましい生活行動を実際の生活場面に適用し

た経験が乏しいために、学生が患者の日常生活上の困難を具体的に理解しにくいことを意味している。

そこで学生が既習知識を対象者個々の生活支援に適用させるには、自身の生活を振り返り、実際に患者が日常生活の中で行動化する上で困難なことが何か気付ける学習支援が必要であると考えられる。また、学生に関わる教員が実態を把握することは、臨地実習において学生が感じる困難さを軽減することにも繋がると考えられる。学生が生活行動として実際に行ったことがあるかを教員が確認し、困難さが生じやすい実践を推察できれば、学生へのフォローが事前に可能となる。

次に、生活体験が乏しい学生は目の前の患者に対してイメージとの相違を感じたり、関わり方に困難さを感じたりする可能性が高いことを教育上配慮すべきということが示唆された。

本研究の対象となった看護学生は高齢者や病人と接してこなかった学生も多い。そのため、具体的なイメージをもっていない可能性を教員が理解し、具体的かつ正確なイメージをもてるよう教育することが必要といえる。IT化、オートメーション化が進んだ中で育ってきたという学生の世代の特徴もふまえると、インターネットやシミュレーション学習の活用も効果的であると推察できる。

#### 4. 研究の限界と今後の展開

今回の調査では、無回答項目があり分析から除いた数が全回答者数の約17%であったため、その原因を検討し有効回答数の増加を図ることが課題である。本研究で示唆された看護教育における方略の効果なども、検討していく必要がある。

#### V. 結論

今回の結果から明らかになった看護学生の生活行動、生活体験の特徴として、1) 既習知識を自らの生活行動として日常で想起、実践できていないことが多い。2) 生活体験が一概に乏しいとは言えないが、高齢者や病人と関わる機会は少ない。3) 利便性の高い環境に慣れている。というものが挙げられた。これらの特徴は、対象への支援における具体性や技術の正確さ、療養環境も含めたイメージをもつことへの困難さを助長する一因となり得る。学生がこれらの困難に直面した時、その背景として生活行動や生活体験が影響し

ている可能性を理解し、具体的なイメージをもてるよう指導することが今後の看護教育に必要となると考えられる。

#### 謝辞

本研究に御協力いただきましたA大学看護学部3年生の皆様に御礼申し上げます。

#### 利益相反

本研究は、平成29年度自治医科大学看護学部共同研究費の助成を受けた。

#### 文献

- 1) 菱沼典子, 佐居由美, 大久保暢子他: 看護系大学1年生の生活習慣と生活体験に関する全国調査. 聖路加看護学会誌, 15(1):27-34,2011.
- 2) 経済産業省: 社会人基礎力育成の手引き. 朝日新聞出版(東京), 8-35,2010.
- 3) 小原泉, 中村美鈴, 永井優子他: 看護学生の生活行動, 生活体験および学習態度. 自治医科大学看護学ジャーナル, 16:3-8,2018.
- 4) 柳川育子, 矢吹明子: 現在の看護学生の生活および気質の特徴(第1報). 京都市立看護短期大学紀要,5:197-211,2010.
- 5) Bartlett ML, Taylor H, Nelson JD: Comparison of mental health characteristics and stress between baccalaureate nursing students and non-nursing students. Journal of nursing Education, 55(2): 87-90,2016.
- 6) 三輪のり子, 金原京子: ゆとり世代の看護学生における高齢者観の特徴. 老年看護学, 19(2): 47-57,2015.

資料

乳幼児を持つ低所得世帯に対する支援及び  
支援体制に関する文献レビュー

山縣千開<sup>1)</sup>, 春山早苗<sup>2)</sup>

Literature review on both family support and  
public support systems for low-income households with infants

Yamagata Chiharu<sup>1)</sup>, Haruyama Sanae<sup>2)</sup>

目的：低所得であることは、子どもの肥満や虫歯など健康に影響を及ぼす。そこで、文献レビューによって、乳幼児を持つ低所得世帯の支援ニーズ、支援ニーズに対する支援とその成果及び支援体制の課題とそれに対応する取り組みを明らかにし、世帯が必要とする支援及び支援体制を検討する。

方法：医中誌webなどで検索語を組み合わせる検索した。検索された文献は、参加者の特性が低所得世帯以外のものなどを除外し、ナラティブ統合によって知見を統合した。

結果：日本15件、海外10件の合計25件の文献をレビューした。支援ニーズには、『生活物資の不足』に関連する支援ニーズなどがあつた。支援には、親に育児をフィードバックし子育ての理解を深め、親の養育態度を改善していく支援などがあり、支援体制の課題には、支援対象の把握の体制などがあつた。

考察：支援では、より早期の妊娠期から予防的介入すること、ヘルスケアサービスを受けられるようにすることだけでなく、世帯の社会的孤立状態を解消していくことも重要である。支援体制では、支援対象の把握の体制、連携体制、支援者の資質向上の体制の側面に留意することが必要である。

キーワード：乳幼児を持つ低所得世帯、支援、育児支援、支援体制

Low-income households with infants, Support, Childcare support,  
Support system

I. はじめに

わが国では、1990年代のバブル経済の崩壊以降、景気低迷が続き<sup>1)</sup>、加えて2008年に発生したリーマンショックの影響による安定した雇用の揺らぎや所得の低下によって、低所得者が増大し<sup>2)</sup>、

生活保護には至っていないが、生活に困窮しているという人の裾野が広がっている<sup>3)</sup>。このような背景から、生活に困窮しており、放置しておけば生活保護に移行せざるを得なくなる人を支援するしくみとして、2015年4月から生活困窮者自立支援法が施行された。

1) 自治医科大学大学院看護学研究科博士後期課程, 2) 自治医科大学看護学部

1) Jichi Medical University, Graduate School of Nursing, 2) Jichi Medical University

生活困窮者自立支援制度では、相談者の3割が子どものいる50歳代以下で占められており、低所得世帯の子どもの存在が明らかになっている<sup>4)</sup>。

低所得世帯は、一般世帯よりも、適切な食習慣

や運動習慣を確立している世帯の割合が低く、子どもに肥満や虫歯など健康への影響を及ぼすとともに、家庭環境や養育力の課題等が子どもの低学力・低学歴につながり、貧困の連鎖を生んでいることから、世帯の健康管理及び子どもが公平な条件で人生を歩めるよう積極的な支援を行う必要がある<sup>4)</sup>。また、子ども期のなかでも、乳幼児期は成長・発達が著しく、自立後の社会生活に通じる基礎となる生活習慣を身につける時期であり、家庭環境が重要となる<sup>5)</sup>。

そこで、本研究の目的を、文献レビューによって、乳幼児を持つ低所得世帯の支援ニーズ、支援ニーズに対する支援とその成果及び支援体制の課題とそれに対応する取り組みを明らかにし、世帯が必要とする支援及び支援体制を検討することとする。

## II. 用語の定義

### 1. 支援ニーズ：

子どもの健やかな成長発達にあたり課題となることを解決するために支援を必要とすること。

なお、研究によると前回の妊娠から短期間の妊娠期間が、胎児・乳児の健康リスク、早産のリスクを高める<sup>6)</sup>ことが明らかになっており、母親自身の健康管理が胎児・乳児の健康リスクに影響し、子どもの健やかな成長発達の課題になることから、子どもには胎児も含めることとした。

### 2. 支援：

乳幼児を持つ低所得世帯の育児や生活を支え助けること。

### 3. 支援体制：

子どもを中心に世帯全体が健康的な生活を送れるようになり、さらにその生活を維持、継続できるようにしていくための制度並びにプログラムの枠組みに基づいた支援のしくみ及び連携。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン：

文献レビュー

### 2. 検索方法：

リサーチクエスションをPICO「乳幼児を持つ低所得世帯の支援（体制）を必要とした状況に対して、どのような支援または支援体制があり、その支援または支援体制の課題や成果には何があるのか？」、PECO「乳幼児を持つ低所得世帯は、支援、支援体制に関する要因によって、一般的な低所得世帯と比べて、どのような介入方法があるのか？」として、医中誌web、CiNii、J-STAGE、厚生労働省科学研究、PubMed、CINAHLのデータベース及びハンドサーチによって2000年から2018年11月までに発表された文献を、「乳幼児」などや「低所得」などと「支援」「支援体制」の日本語、英語の検索語を組み合わせて検索した（表1）。

### 3. 適格基準、除外基準：

適格基準は、1) 乳幼児を持つ低所得世帯、又は一般的な低所得を対象とする論文、2) 支援ニーズと支援ニーズに対する支援や、支援体制の課題及び成果を明らかにしようとする論文とした。

除外基準は、1) 日本語・英語以外のもの、2) 発展途上国に関するもの、3) わが国の1世帯あたりの平均所得が2000年ごろから長期的に低迷している状況<sup>1)</sup>を踏まえ1999年以前に発表されたものとした。

### 4. 文献の選考過程：

重複した文献を除外後、タイトルスクリーニングを行い、適格基準及び除外基準に基づき、参加者の特性が低所得世帯以外のもの、日本語・英語以外のもの、発展途上国に関するものなどを除外したのち、抄録スクリーニングを行った（図1）。

表1 日本語、英語の検索語

	検索語
# 1	(「乳幼児」OR「子ども」OR「小児」)AND(「低所得」OR「生活困窮」OR「貧困」OR「生活保護」)AND(「支援」OR「支援体制」)
# 2	(「低所得」OR「生活困窮」OR「貧困」OR「生活保護」)AND(「支援」OR「支援体制」)
# 3	(「Infant」OR「Child」)AND(「Low-income」OR「Needy」OR「Poverty」)AND(「Support」OR「Support system」)
# 4	(「Low-income」OR「Needy」OR「Poverty」)AND(「Support」OR「Support system」)

5. 分析方法：

乳幼児を持つ低所得世帯の支援ニーズ、支援ニーズに対する支援とその成果、支援体制の課題及び課題に対応する取り組みに着目し、複数の研究結果を単語や文章によって要約し説明するアプローチであるナラティブ統合<sup>7)</sup>によって知見を統合した。

なお、支援ニーズ及び支援については、子育てにおける基本的かつ普遍的特徴を整理するために広く国内外の文献を分析した。また、支援体制の課題に対応する取り組みについても、先進的な取り組みを見出すために国内外の文献を分析した。一方で、支援体制の課題については、各国により体制が異なると考え、わが国における課題を把握するために国内の文献に絞って分析した。

IV. 研究結果

レビューした文献は、日本15件、海外10件の合計25件であった。

1. 乳幼児を持つ低所得世帯の支援ニーズ (表2)

1) 『生活物資の不足』に関連する支援ニーズ

失業・低収入であることが健康的な食糧を得るための財政的制約<sup>8)</sup>、乏しい食事<sup>9)</sup>となって、偏った食生活や食糧不足を招いている。また、電話・家具・衣類などの不足がある<sup>9)</sup>といった『生活物資の不足』に関連する支援ニーズがあった。

2) 『健康管理力の低さ』に関連する支援ニーズ

口腔衛生に関する知識の欠如<sup>8)</sup>、肥満は成人期の問題で子ども期では問題にならない<sup>10)</sup>という健康に関する知識の欠如や誤った認識があり、そのことが喫煙、ファーストフードの環境といった不健康な生活習慣を招いている<sup>9,11)</sup>。また、子どもの肥満が子どもの活動や病気として表出すること

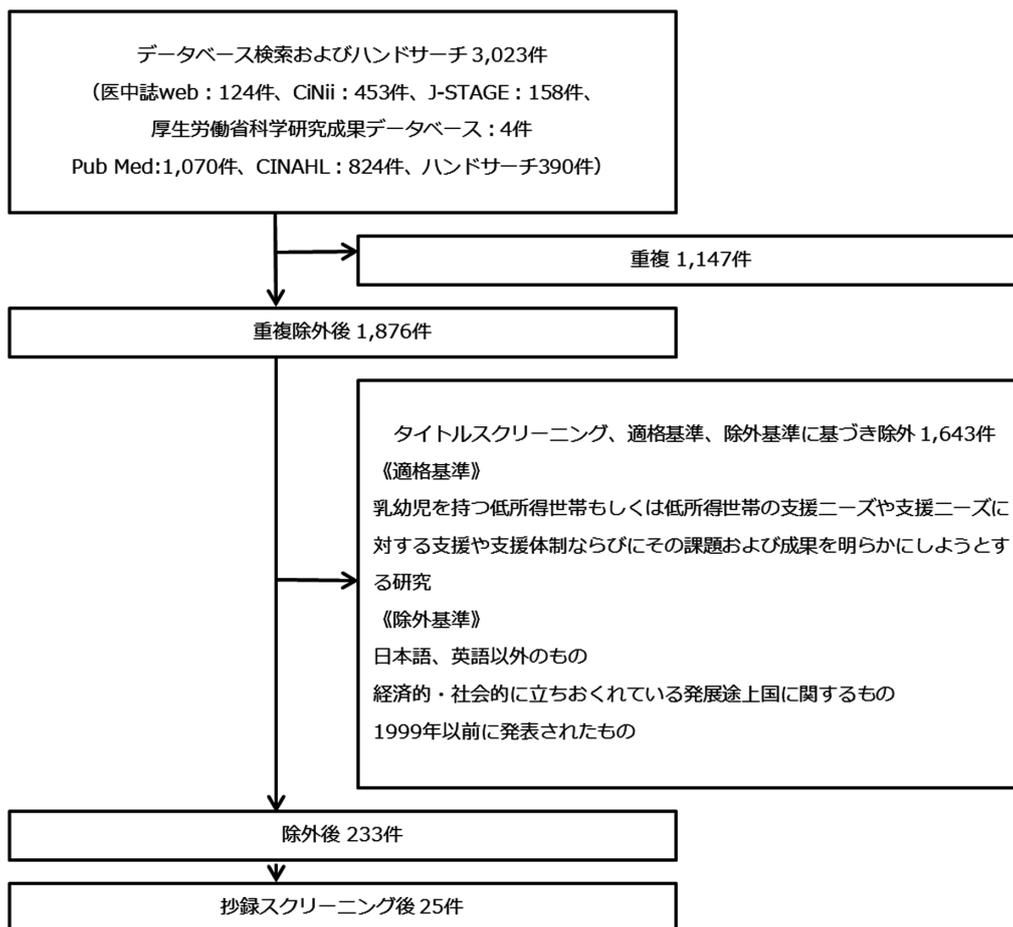


図1 文献の選考過程

で初めて問題として取り上げられる<sup>10)</sup>、産後の母体の回復を持たずに妊娠が続く、短期間での妊娠<sup>9)</sup>のように健康への関心が希薄で将来を見通した健康行動がとれないといった『健康管理力の低さ』に関連する支援ニーズがあった。

### 3) 『ヘルスケアサービスへのアクセスの乏しさ』に関連する支援ニーズ

自己負担分が発生するために妊婦健診の受診が困難となったり<sup>12)</sup>、低所得による健康保険や不十分な保険範囲の不足がケアの障壁となる<sup>13)</sup>ことで受診の差し控えがある。また、WIC規則の変更に対応することの難しさ<sup>14)</sup>や、妊婦健康診査受診券の支給はあるが妊婦健診の自己負担分の発生による受診困難<sup>12)</sup>といったことで社会資源の利用がされていない。そして、妊娠、出産にあたっては、病院受診後初めて助産制度の手続きを行うケースが大半である<sup>15)</sup>という『ヘルスケアサービスへのアクセスの乏しさ』に関連する支援ニーズがあった。

### 4) 『身近な支援の少なさ』に関連する支援ニーズ

未婚であったり<sup>15)</sup>、赤ちゃんのパパ、パートナーからの助けがない<sup>9)</sup>、母親の両親、兄弟姉妹などとの現在及び過去の関係による家族のサポートの欠如<sup>9)</sup>といった『身近な支援の少なさ』に関連する支援ニーズがあった。

### 5) 『養育能力の低さ』に関連する支援ニーズ

おもむつなどの育児の必要物品を用意していなかったり<sup>9)</sup>、生活の困窮状態によって親の養育態度が変化し子どもへの身体的処罰が増加する<sup>16,17)</sup>といった『養育能力の低さ』<sup>9)</sup>に関連する支援ニーズがあった。

## 2. 支援ニーズに対する支援とその成果 (表3)

支援ニーズに対する支援には、リソースにアクセスすることで世帯の社会的リスクを緩和したり、親に育児をフィードバックし子育ての理解を深め、親の養育態度を改善していく4つの支援プログラムが見出された。いずれの支援も『生活物資の不足』『健康管理力の低さ』『ヘルスケアサービスへのアクセスの乏しさ』『身近な支援の少なさ』『養育能力の低さ』の5つの支援ニーズのいずれかだけへの支援ということではなく、5つの支援ニーズ全てに重複して対応する支援として利用されている。

支援プログラムの1つは、子どもの健康と発達に影響を与える家族の社会的リスク要因を早期に特定し支援することを目的に、低所得の家族と重要なユーティリティサービスを結ぶ訓練を受けたファミリースペシャリストが介入するDevelopmental Understanding and Legal Collaboration for Everyone (DULCE)<sup>18)</sup>があった。すでに保健センターに支援されている家族に、ファミリースペシャリストを加え、健康の社会的リスク要因の緩和のために必要なリソースにアクセスできるようにしたり、医療提供者とファミリースペシャリストが協力し家庭訪問などを行う。その成果には、介入群のほうが予防接種スケジュール完了が高く、救急受診が少ない<sup>18)</sup>といった《健康管理の改善》や、補足栄養補助プログラム、割引電話サービス、低所得ユーティリティー割引などのリソースへのアクセスが増える<sup>18)</sup>といった《ヘルスケアサービスのアクセスの加速》があった。

次に、低所得世帯の子どもの発達格差の解消及び親の子どもへの関与の促進と子どもの発達支援を目的に、プログラムの訓練を受けた介入者が小児科の健康診断に合わせたセッションで子どもの発達目標を親と話し合ったり、おもちゃや本を使った親子遊びの様子を撮影し、その録画を見て子どもへの関わり方を助言するVideo Interaction Project (VIP)<sup>17,19)</sup>があった。また、似たようなプログラムで、親と子の愛着形成の支援を目的に、プロトコルの訓練を受けた介入者が家庭訪問によるセッションで母子の課題遊びなどの様子を撮影し、その録画を見ながら家庭で取り入れられる状況を話し合うVideo-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)<sup>16)</sup>があった。これらの支援による成果には、親の子どもに対する身体的処罰の大幅な減少や母親の反応的な子育ての増加<sup>16,17)</sup>、肯定的な子育て・母子の相互作用への有意性<sup>16)</sup>といった《養育態度の改善》や、介入群の子どもの模倣や遊びと注意力が対照群よりも高い<sup>19)</sup>、EA Scalesにおける肯定的な子どもの行動に有意な効果を示す<sup>16)</sup>といった《子どもの成長発達の促進》があった。

最後に、社会経済的利益などリスクの高い家族の子育てや家族管理の習慣を予防的に改善し、子どもの発達を支援することを目的にした、Family

Check-Up (FCU)<sup>20)</sup>があった。ペアレントコンサルタントとして訓練された介入者が、家庭訪問によって親のうつ病、子どもの問題行動、子育てのスキル、親の関係などの包括的な家族評価を行い、家族のニーズを特定し、フィードバックセッションで、家族のニーズと目標について話し合う。この支援では、子どものかんしゃくや多動といった問題行動に対する介入の効果がみられ<sup>20)</sup>、《子どもの成長発達の促進》が示された。

### 3. 支援体制の課題及び課題に対応する取り組み(表4)

日本における支援体制の課題として、「支援対象の把握」「連携体制」「支援者の資質」が確認された。これらの整理された課題に対応する取り組みが示されていた国内外の知見を併せて記述する。

#### 1) 支援対象の把握

支援体制の課題には、福祉サービスのように対象を特定しきれず、潜在的ニーズを抱えている人を発見し支援できない<sup>21-23)</sup>という『潜在的ニーズを持つ支援対象を把握しにくい』ことによる「支援対象の把握」があった。

そして、支援者の把握の課題に対応する取り組みには、低所得世帯を利用対象とする公立病院へアプローチする<sup>17,19)</sup>、メディケイドなどのクリニック、WICクリニックに介入する<sup>8,18)</sup>、低所得世帯を中心に活動する保健・社会奉仕機関との接触を通じて介入する<sup>16)</sup>といった《低所得世帯の利用が想定される機関に積極的に関わる》ことや、WIC利用者に介入する<sup>20)</sup>、地域での支え合い活動と連携させた巡回相談によるアクセスしやすい相談を実施する<sup>24)</sup>、市独自の0～19歳の子ども・若者とその家族を対象とした総合的な貧困予防対策を、全国的に展開される0歳から5歳までのSure Start、5歳から13歳までのChildren's Fundに組み合わせる<sup>23)</sup>といった《既存の事業に組み合わせる》ことがあった。

#### 2) 連携体制

関係者間の連携及び部署間の連携の課題には、制度に係る対象者ごとに支援されて所管以外は担当部署に振る「縦割り」スタイルとなる<sup>25,26)</sup>、現場職員が個々に対応の仕方を模索している<sup>27)</sup>、ケース引き継ぎが不十分で支援プロセスが把握できず対処的になる<sup>26)</sup>、関わる部署で区切られて専

門性が統合されず問題を未然に防ぐことにならない<sup>28)</sup>といった『「縦割り」スタイルにより、予防的で包括的な支援にならない』ことや、業務の重複がみられる場合、役割分担や責任の所在が曖昧になる<sup>29)</sup>という『担当する中核機関が曖昧になる』ことによる「連携体制」があった。

そして、連携体制の課題に対応する取り組みには、保健センターのチームにファミリースペシャリストを加え専門的な支援をカバーし、家族の生活安定と安全の基本的ニーズを満たす<sup>18)</sup>という《ケアチームに低所得世帯のヘルスケアに精通するものを加える》ことや、消費者行政推進委員会や生活支援ネットワークの設置により、多面的な視点による支援で、たらい回しのない迅速かつ適切な対応とする<sup>27)</sup>といった《自治体における関係者間のネットワーク構築》があった。

#### 3) 支援者の資質

支援者の資質の課題には、福祉事務所の社会福祉主事の専門性が担保されていない<sup>30)</sup>、福祉事務所の安易な事務処理などワーカーや組織によって媒介される専門性の欠如、官僚制の問題がある<sup>31)</sup>といった『福祉事務所の専門性の欠如、官僚制により、地域住民のニーズ対応が出来ていない』ことや、保健師の低所得世帯の健康課題への認識が支援に関連している<sup>11)</sup>、保健師の福祉分野に対する連携には業務遂行能力による個人差が大きい<sup>32)</sup>といった『保健師の福祉分野との連携に、個人差が大きい』ことがあった。

そして、支援者の資質の課題に対応する取り組みには、世帯に問題が発生した場合には追加のサービスを調整できるよう家庭内暴力やネグレクトに対する標準的な訓練を受ける<sup>17,19)</sup>、支援プログラムの介入プロトコルについて広く訓練される<sup>16)</sup>、ペアレントコンサルタントとして2.5～3か月間訓練される<sup>20)</sup>、低所得の家族と重要なユーティリティサービスを結ぶヘルスケアスタッフであるファミリースペシャリストとしての訓練と教育を受ける<sup>18)</sup>といった《乳幼児を持つ低所得世帯のヘルスニーズに対応する支援者としての訓練》があった。

## V. 考察

### 1. 乳幼児を持つ低所得世帯が抱える支援ニーズに影響している背景

乳幼児を持つ低所得世帯の支援ニーズには、『生活物資の不足』『健康管理力の低さ』『ヘル

スケアサービスへのアクセスの乏しさ』『身近な支援の少なさ』『養育能力の低さ』に関連する支援ニーズがあった。

子ども時代の貧困が次の世代へと引き継がれる貧困の連鎖が言われており<sup>5,33,34)</sup>、乳幼児を持つ低所得世帯の親自身も低所得世帯で育っている可能性がある。社会学では、人は育った家庭でものごしや話し方などを身につけ、親からの伝承により文化資本を獲得すると言われており<sup>33)</sup>、子ども時代に獲得した文化的資本が多ければ多いほど、成人後の正統的な文化的活動へとむかう<sup>35)</sup>。子ども時代に低所得世帯で過ごした文化的資本の乏しさといった不利が、成長し親になってからも持続し、健康リテラシーレベルが低いこと<sup>36)</sup>などにより、『健康管理力の低さ』『養育能力の低さ』に関連する支援ニーズを招いていると思われた。

お金がないという問題は、基本的な生活基盤である衣食住などさまざまな局面に関係しているため<sup>34)</sup>、『生活物資の不足』に関連した支援ニーズを生じさせる。家計が圧迫していることで、乳児にミルクを十分与えられず体重増加不良となってしまう<sup>37)</sup>、食の質や量を落として食費を切り詰めることで、炭水化物が多く、たんぱく質やビタミン、ミネラルが少ないという劣悪な栄養摂取状態<sup>38,39)</sup>となって子どもの発育・発達、さらには生命にも影響する。特に乳幼児期には、ミルクやおむつといったこの時期に特有の代替えのできない必要物品があることを重大に捉えなければいけない。

低所得世帯が抱える問題に、家族もなく、隣近所も頼りにできない社会的孤立・無縁化がある<sup>40,42)</sup>。社会的孤立のある世帯は、社会の人々や組織と多様な関係を持たず、情報や資源など社会的支援のネットワークを利用できずに、問題を抱えたまま社会から遠ざかっている状態にあり<sup>43)</sup>、利用可能な資源に気づいていない<sup>44)</sup>といった背景が『身近な支援の少なさ』『ヘルスケアサービスへのアクセスの乏しさ』に関連した支援ニーズとして影響を与えていると考えられた。

乳幼児を持つ低所得世帯が抱える『健康管理力の低さ』『生活物資の不足』『ヘルスケアサービスのアクセス』『身近な支援の少なさ』『養育能力の低さ』に関連する支援ニーズの背景から、支援ニーズはそれぞれ単独で存在しているのではなく、重複しており、重複することで不適切な養育

となって虐待リスクが高まったり、社会資源へのアクセスが遮断されて健康管理に影響が生じている。そのため、単独で支援ニーズをみるのではなく、顕在している支援ニーズの裏に潜在している他の支援ニーズがないかをアセスメントしていく必要があり、養育問題の背景に低所得世帯が抱えているこれらの支援ニーズがないかを積極的に把握することが必要である。

## 2. 乳幼児を持つ低所得世帯に必要な支援

支援ニーズに対する支援には、親に育児をフィードバックすることで子育ての理解を深め、親の養育態度を改善していく支援や、リソースにアクセスすることで世帯の社会的リスクを緩和していく支援があった。

乳児期など早期から母子相互作用が良好で母親の精神的健康が良好であることは、子どもの発達を促進させる<sup>45)</sup>。一方で、子ども時代のトラウマは、子どもの感情的・行動的・認知的・社会的そして身体的機能だけでなく、脳の発達と機能にも悪影響を与える<sup>46)</sup>。そのため、親に育児をフィードバックすることで子育ての理解を深め、親の養育態度を改善していく支援によって、子どもの健やかな成長発達及び社会性を確実なものにしていくことが必要である。また、妊娠期から乳幼児期にわたる定期的な家庭訪問によるケアサービスを提供することで、子どもが思春期になるまで母親の不適切な養育に対する予防効果が持続する<sup>47)</sup>と言われていることから、介入するのであればより早期の妊娠期から予防的介入をすることが重要と考える。

低所得などの経済的困窮が、世帯と社会との関係を希薄にさせ社会参加を縮小させる反面、社会的孤立が経済的困窮を招くという悪循環がある<sup>48)</sup>。この悪循環がリソースへのアクセスを制限し、養育状態を悪化させるリスクを高めていると考えられた。育児の安寧は、人的サポートと社会的リソースの2つが合わさって効果として示されるものであり<sup>49)</sup>、そして、行政サービスや福祉制度申請に進みやすいのは、地域・人と良好な関係を築ける人である<sup>42)</sup>。リソースにアクセスすることで世帯の社会的リスクを緩和していく支援においては、家族や親族、頼ることのできる友人にも働きかけてサポート源の広がりを意図したネットワークづくりに努めること<sup>50)</sup>で、サービスを受けられるよ

うにするだけでなく、孤立状態を解消し社会的な関係性を構築するために<sup>41)</sup>、世帯が人と人との社会的なつながりを持てるようにしていくための支援も重要と考える。

### 3. 乳幼児を持つ低所得世帯に必要な支援体制の側面

わが国における留意すべき支援体制の側面には、「支援対象の把握の体制」「連携体制」「支援者の資質向上の体制」があった。

低所得世帯は、地域での周囲との関係が閉ざされていることで、自ら支援を求めてくることが少ない<sup>51)</sup>。そのため、「支援対象の把握の体制」では、社会的ハイリスクは顕在化せず未把握になりやすいことを課題として認識し、既存の子育て支援事業、母子保健事業及び地域保健事業を見直し、改善・工夫・連携させることや新事業によって、産前産後の全ての家庭に出会える機会をつくって支援を要する母子を把握する手段を広げる<sup>52)</sup>ことも必要であると考えらる。

わが国における制度の背景の影響から課題となっている関係者間の連携及び部署間の「連携体制」では、世帯の状況のちょっとした変化が養育に大きく影響するリスクとなりかねないことを認識し、母子の支援ニーズを早期にキャッチしアウトリーチできるように多様な地域関係者が持っている漠然とした情報を一か所に集約したり、関係者間で認識や戦略を共有することで、世帯の揺れや動きにも対応できる強く柔軟なネットワークかつ関係者間が相互に支え合えるネットワークとしてつながっていけること<sup>51)</sup>が重要であると考えらる。

そして、「支援者の資質向上の体制」では、子育て中の母子に身近な保健師などの看護職が適切な方法で支援を提供していく必要性を認識し<sup>53)</sup>、諸外国の介入者になされているように、わが国においても、支援者が低所得であることのリスクの理解を深め、スキルを磨いて問題を発見・支援できるような教育を組織的に行っていくことが望まれる。

## VI. 結論

乳幼児を持つ低所得世帯の支援ニーズには、『健康管理力の低さ』『生活物資の不足』『ヘルスケアサービスへのアクセスの乏しさ』『身近な

支援の少なさ』『養育能力の低さ』に関連する支援ニーズが明らかになった。

支援としては、親に育児をフィードバックし子育ての理解を深め、親の養育態度を改善していくことや、リソースにアクセスすることで世帯の社会的リスクを緩和していくことが必要であり、留意すべき支援体制の側面としては、支援対象の把握の体制、連携体制、支援者の資質向上の体制が必要である。

今後は、市町村が乳幼児を持つ低所得世帯を早期把握するためにどのような活動をしているのか、どのような組織内体制でどのような機関と連携し支援しているのか、支援のために保健師はどのような知識や技術を必要とし、どのような組織的教育体制となっているのかを明らかにしていく必要がある。

## 文献

- 1) みずほ情報総研: 生活困窮者支援に係る新たな相談支援事業における支援の考え方とプロセスに関する調査研究報告書. <https://www.mizuho-ir.co.jp/case/research/pdf/konkyu2013.pdf> (2019年3月24日アクセス) .
- 2) 厚生労働省: 社会保障審議会生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002tpzu.html> (2018年9月22日アクセス) .
- 3) 田中元: よくわかる社会保障制度2015 生活保護制度と生活困窮者自立支援制度. ケアマネジャー, 17 (7) ; 30-35, 2015.
- 4) 厚生労働省: 社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会 報告書. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000188276.html> (2018年9月22日アクセス) .
- 5) 中村慶子: 小児看護の基本, 母子看護. メヂカルフレンド社 (東京), 144-148, 2015.
- 6) Schummers, L., Hutcheon, J. A., Hernandez-Diaz, S., et al.: Association of Short Interpregnancy Interval With Pregnancy Outcomes According to Maternal Age. *JAMA Intern Med*, 178 (12) ; 1661-1670, 2018.
- 7) キャサリン ポープ, ニコラス メイズ, ジェニー ポペイ: 質的研究と量的研究のエビデン

- スの統合 ヘルスケアにおける研究・実践・政策への活用. 医学書院 (東京), 2009.
- 8) Collins, C. C., Villa-Torres, L., Sams, L. D., Zeldin, L. P., et al.: Framing Young Childrens Oral Health: A Participatory Action Research Project. *PLoS One*, 11 (8) ; 2016.
  - 9) Graham, M., Uesugi, K., Olson, C: Barriers to weight-related health behaviours: a qualitative comparison of the socioecological conditions between pregnant and postpartum low-income women. *Matern Child Nutr*, 12 (2) ; 349-361, 2016.
  - 10) Eli, K., Howell, K., Fisher, P. A., et al.: "A little on the heavy side" a qualitative analysis of parents' and grandparents' perceptions of preschoolers' body weights. *BMJ Open*, 4 (12) ; 2014.
  - 11) 富田早苗, 三徳和子: 居宅の壮年期生活保護受給者の健康関連QOLと健康支援のニーズに関する研究. 科学研究費助成事業 (挑戦的萌芽研究) 研究成果報告書, 課題番号24660053, 2014.
  - 12) 高谷若恵, 安藤直美: 多問題家族の妊娠・出産・子育てに寄り添う 中規模公立病院における福祉分娩の実際と課題 助産師外来の役割と地域連携の重要性. *助産雑誌*, 64 (5) ; 420-424, 2010.
  - 13) Vest, B. M., Kahn, L. S., Danzo, A., et al.: Diabetes self-management in a low-income population: impacts of social support and relationships with the health care system. *Chronic Illn*, 9 (2) ; 145-155, 2013.
  - 14) Bertmann, F. M., Barroso, C., Ohri-Vachaspati, P., et al.: Women, infants, and children cash value voucher (CVV) use in Arizona: a qualitative exploration of barriers and strategies related to fruit and vegetable purchases. *J Nutr Educ Behav*, 46 (3 Suppl) ; S53-58, 2014.
  - 15) 滝本可奈子, 西岡利泰, 中佐藤利一他: 当院における入院助産制度の検討. *北海道産科婦人科学会会誌*, 58 (1) ; 63-69, 2014.
  - 16) Negrão, Mariana, Pereira, Mariana, Soares, Isabel, et al.: Enhancing positive parent-child interactions and family functioning in a poverty sample: a randomized control trial. *Attachment & Human Development*, 16 (4) ; 315-328, 2014.
  - 17) Canfield, C. F., Weisleder, A., Cates, C. B., et al.: Primary Care Parenting Intervention and Its Effects on the Use of Physical Punishment Among Low-Income Parents of Toddlers. *J Dev Behav Pediatr*, 36 (8) ; 586-593, 2015.
  - 18) Sege, R., Preer, G., Morton, S. J., Cabral, H., et al.: Medical-Legal Strategies to Improve Infant Health Care: A Randomized Trial. *Pediatrics*, 136 (1) ; 97-106, 2015.
  - 19) Weisleder, A., Cates, C. B., Dreyer, B. P., et al.: Promotion of Positive Parenting and Prevention of Socioemotional Disparities. *Pediatrics*, 137 (2) ; 2016.
  - 20) McEachern, A. D., Fosco, G. M., Dishion, T. J., et al.: Collateral benefits of the family check-up in early childhood: primary caregivers' social support and relationship satisfaction. *J Fam Psychol*, 27 (2) ; 271-281, 2013.
  - 21) 野田秀孝: 生活困窮者自立支援制度に関する一考察 地域福祉視点からの支援システム. とやま発達福祉学年報, 8; 27-31, 2017.
  - 22) 大森弘子, 清水脩, 伊藤萌: 社会的養護を必要とする母子世帯へ子育て支援が与える影響 シングルマザーの現状と育児不安について. 社会福祉学部論集 *Journal of the Faculty of Social Welfare*, (12) ; 17-25, 2016.
  - 23) 宮崎隆志: 家族の危機と協同的支援ネットワークの課題. *子ども発達臨床研究*, (2) ; 21-34, 2008.
  - 24) 志賀文哉: 生活困窮者支援の現状と課題. 富山大学人間発達科学部紀要, 9 (2) ; 137-140, 2015.
  - 25) 吉岡京子: 日本の保健師による分野横断的支援と今後の課題—個別支援を例として—. *保健医療科学*, 67 (4) ; 350-359, 2018.
  - 26) 川島ゆり子: 生活困窮者支援におけるネットワーク分節化の課題. *社会福祉学*, 56 (2) ; 26-37, 2015.
  - 27) 川口恵子: 地域コミュニティにおける持続的な生活支援の試み—消費者行政の視点を核とした新たな展開—. *日本家政学会誌*, 64 (6) ; 279-288, 2013.

- 28) 西郷泰之: 子ども虐待の「防止」に向けて—「健全育成・子育て支援系」と「要保護・要支援系」の間のクレバスを埋める—。世界の児童と母性, 76; 66-69, 2014.
- 29) 衣笠秀一: 福祉事務所の中核機関としての役割及び体制・業務の見直し—新たな包括的相談支援体制における中核機関の集約。日本社会事業大学研究紀要, 64; 5-22, 2018.
- 30) 船水浩行: わが国生活保護制度の実施体制のあり方に関する考察 (2) : 福祉事務所発足の過程とその課題。東海大学健康科学部紀要, 6; 9-16, 2000.
- 31) 岩永理恵: 地方自治体に着目した生活保護制度の分析。社会福祉, (57) ; 31-45, 2016.
- 32) 筒井孝子, 東野定律: 全国の市区町村保健師における「連携」の実態に関する研究。日本公衆衛生雑誌, 53 (10) ; 762-776, 2006.
- 33) 阿部彩: 子どもの貧困—日本の不公平を考える。岩波書店 (東京), 28-34, 2008.
- 34) 小西祐馬, 子どもの貧困白書編集委員会: 子どもの貧困を定義する, 子どもの貧困白書。明石書店 (東京), 10-11, 2009.
- 35) 片岡栄美: 社会階層と文化的再生産。理論と方法, 7 (1) ; 33-55, 1992.
- 36) Bo, A., Friis, K., Osborne, R. H., Maindal, H. T.: National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population-based survey among Danish adults. BMC Public Health, 14; 1095, 2014.
- 37) 山縣千開: 生活困窮者世帯への児童虐待予防に関わる市町村保健師の活動方法。自治医科大学大学院看護学研究科修士論文 (未刊行) ; 63, 2017.
- 38) 村山伸子, 福田吉治, 中谷友樹他: 日本人の食生活の内容を規定する社会経済的要因に関する実証的研究—総合研究報告書。https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201412018B (2019年4月29日アクセス) .
- 39) 畠野佐也香, 中西明美, 野末みほ他: 世帯の経済状態と子どもの食生活との関連に関する研究。栄養学雑誌, 75 (1) ; 19-28, 2017.
- 40) 堀場純矢: 児童養護問題の階層性—児童養護施設6ヶ所の実態調査から。厚生学の指標, 56 (10) ; 7-13, 2009.
- 41) 高橋恵里香: 現代の貧困と精神保健福祉士—生活困窮者支援の取組みから。精神保健福祉, 41 (4) ; 294-296, 2010.
- 42) 伊藤光保: ヘルシー・シティ, ヘルシー・コミュニティ—社会的に孤立している人びとへの支援。JIM Journal of Integrated Medicine, 20 (5) ; 344-347, 2010.
- 43) 加藤吉和: 子ども虐待と家族の支援—子ども虐待と家族—家族システム論による考察。小児科臨床, 69 (12) ; 2797-2801, 2016.
- 44) Stewart, M., Evans, J., Letourneau, N., et al.: Low-Income Children, Adolescents, and Caregivers Facing Respiratory Problems, Support Needs and Preferences. J Pediatr Nurs, 31 (3) ; 319-329, 2016.
- 45) 寺本妙子, 廣瀬たい子: 乳幼児精神保健介入研究計画の立案, 看護のための乳幼児精神保健入門。金剛出版 (東京), 133-141, 2008.
- 46) Perry, Bruce D., Pollard, Ronnie A., Blakley, Toi L., et al.: Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits”. Infant Mental Health Journal, 16 (4) ; 271-291, 1995.
- 47) Zielinski, D. S., Eckenrode, J., Olds, D. L. : Nurse home visitation and the prevention of child maltreatment: impact on the timing of official reports. Dev Psychopathol, 21 (2) ; 441-453, 2009.
- 48) 奥田知志, 稲月正, 垣田裕介他: 生活困窮をめぐる新たな状況, 生活困窮者への伴走型支援—経済的困窮と社会的孤立に対応するトータルサポート。明石書店 (東京), 24-41, 2014.
- 49) 丸山美貴子: 育児ネットワーク研究の展開と論点。社会教育研究, (31) ; 11-21, 2013.
- 50) 久保田まり: 児童虐待における世代間連鎖の問題と援助的介入の方略—発達臨床心理学的視点から。社会保障研究, 45 (4) ; 373-384, 2010.
- 51) 金子恵美: 支援の現場から—虐待・貧困と援助希求—支援を求めない子どもと家庭にどうアプローチするか。こころの科学, (202) ; 52-55, 2018.

- 52) 上田紀子: 子育て世代包括支援センターと地域小児科医の役割 子育て世代包括支援センター事業 名張版ネウボラ事業の特徴. 日本小児科医会会報, (56) ; 91-95, 2018.
- 53) 廣瀬たい子: わが国の乳幼児精神保健と看護の課題, 看護のための乳幼児精神保健入門. 金剛出版 (東京), 153-166, 2008.

表2 乳幼児を持つ低所得世帯の支援ニーズ

著者 (発表年) 国名	関連する支援ニーズに関する記載の概要 (分類)
富田ら (2014) 日本	・ 男性55.4%女性40.0%と男女とも喫煙者が多い (健康管理力の低さ)
滝本ら (2014) 日本	・ 助産制度利用群が利用していない一般群より有意に多かった項目は, 未婚 (身近な支援の少なさ)
高谷ら (2010) 日本	・ 妊婦健康診査受診券の支給はあるが妊婦健診に自己負担分が発生するため, すべての受診は困難 (ヘルスケアサービスへのアクセスの乏しさ) ・ 病院受診後初めて助産制度の手続きを行なうケースが大半である (ヘルスケアサービスへのアクセスの乏しさ)
Canfield et al. (2015) アメリカ	・ 身体的処罰を科す (養育能力の低さ)
Negrão et al. (2014) ポルトガル	・ 母子の相互作用を悪化させる (養育能力の低さ)
Eli et al. (2014) アメリカ	・ 肥満は成人期の問題で, 子どもでは問題にならない (健康管理力の低さ) ・ 子どもの体重が彼らの活動や健康に影響を与えると問題になる (健康管理力の低さ)
Vest et al. (2013) アメリカ	・ 健康保険や不十分な保険範囲の不足の結果として, ケアの障壁が現れる (ヘルスケアサービスへのアクセスの乏しさ)
Bertmann et al. (2014) アメリカ	・ WIC規則の変更に対応することの難しさ (ヘルスケアサービスへのアクセスの乏しさ)
Graham et al. (2016) アメリカ	・ 乏しい食事 (生活物資の不足) ・ 電話, 家具, 衣類などの不足 (生活物資の不足) ・ 妊娠中と産後の喫煙タバコ (健康管理力の低さ) ・ ファーストフードの環境 (健康管理力の低さ) ・ 産後に母体が回復する期間を持たずに妊娠が続く, 短期間での妊娠 (健康管理力の低さ) ・ 赤ちゃんのパパからの助け, パートナーからの助けなし (身近な支援の少なさ) ・ 母親の両親, 兄弟姉妹, その他の家族との現在及び過去の関係による家族のサポートの欠如 (身近な支援の少なさ) ・ おむつの不足 (養育能力の低さ)
Collins et al. (2016) アメリカ	・ 健康的な食糧を得るための財政的制約 (生活物資の不足) ・ 口腔衛生に関する知識の欠如 (健康管理力の低さ)

表3 支援ニーズに対する支援とその成果

著者（発表年） 国名	支援内容（プログラム名）	成果に関する記載の概要（分類）
Canfield et al. (2015) アメリカ	親子遊びの様子のビデオ録画を親と介入者が一緒に見直ししながら、親の子どもへの理解を深め、交流を改善するための指導を行う（VIP）	<ul style="list-style-type: none"> <li>親の子どもに対する身体的処罰を科す確率が大幅に低下した（養育態度の改善）</li> <li>反応的な子育ての増加（養育態度の改善）</li> </ul>
Weisleder et al. (2016) アメリカ	親子の遊びの様子を録画し、親と介入者は録画を見直ししながら、親が子どもへの反応的な関わりについて振り返る（VIP）	<ul style="list-style-type: none"> <li>介入群は子どもの模倣や遊びと注意力が対照群よりも高い（子どもの成長発達の促進）</li> </ul>
McEachern et al. (2013) アメリカ	自宅またはオフィスで親子の行動観察などを行い、フィードバックセッションで親と介護者は改善の可能性のある分野について議論する（FCU）	<ul style="list-style-type: none"> <li>子どものかんしゃくや多動といった問題行動に介入群と対照群の間に有意差が認められた（子どもの成長発達の促進）</li> </ul>
Sege et al. (2015) アメリカ	医療提供者、ファミリースペシャリストによる家庭訪問により、家族が必要とするリソースにアクセスできるようにする（DULCE）	<ul style="list-style-type: none"> <li>介入群は、年齢1年までに5回以上定期予防接種を受けられる可能性が高く、6か月齢までに救急部を訪れる可能性は低かった（健康管理の改善）</li> <li>介入群は、補足栄養補助プログラム、割引電話サービス、低所得ユーティリティ割引など具体的なリソースへのアクセスを加速した（ヘルスケアサービスのアクセスの加速）</li> </ul>
Negrão et al. (2014) ポルトガル	家庭訪問により、録画された母子の関わり様子をフィードバックし、育児行動の改善のために見直すべき状況を話し合う（VIPP-SD）	<ul style="list-style-type: none"> <li>肯定的な子育て、家族関係の機能に有意な効果を示した（養育態度の改善）</li> <li>母子の相互作用、母親の子どもへの反応性に関して有意であった（養育態度の改善）</li> <li>EA Scalesにおける肯定的な子どもの行動に有意な効果を示した（子どもの成長発達の促進）</li> </ul>

表4 支援体制の課題及び課題に対応する取り組み

著者(発表年)国名	課題	取り組み	支援体制の課題及び課題に対応する取り組みに関する記載の概要(分類)
富田ら(2014)日本	○		・保健師の低所得世帯の健康課題への認識が支援に関連していた(支援者の資質) ・貧困問題のある世帯の公的制度の利用状況は十分ではない(支援対象の把握)
大森ら(2016)日本	○		・市区町村福祉関係窓口や福祉事務所といった窓口すら十分に利用できていない(支援対象の把握)
川島(2015)日本	○		・分野別に課題を切り分け支援者が分業体制で支援を展開すること「専門性の境界による分節化」の課題が浮かび上がる(連携体制) ・ケース「投げ込み」状況があり、支援開始以前のプロセスが把握できず対処的な支援にならざるをえない(連携体制)
筒井ら(2006)日本	○		・保健師の福祉分野に対する連携には業務遂行能力による個人差が大きい(支援者の資質)
川口(2013)日本	○		・生活が安定しない住民の状況に税務、子育て支援、福祉など異なる担当者がばらばらに訪問し、対応の仕方を現場職員が個々に模索したり、不合理が起きていた(連携体制)
	○		・消費者行政推進委員会や生活支援ネットワークの設置により、多面的な視点による支援で、たらい回しのない迅速かつ適切な対応とする(連携体制)
宮崎(2008)日本	○		・対症療法でなく事前に積極的な活動を行うことが大切だが、孤立した親子へのアクセスは難しい(支援対象の把握)
	○		・Leeds Preventative Strategy(イギリス リーズ市)を策定し、0~19歳の子ども・若者とその家族を対象とした総合的な貧困予防対策を展開、これに全国的に展開する0歳から5歳までSure Start、5歳から13歳までのChildren's Fundを組み合わせている(支援対象の把握)
岩永(2016)日本	○		・福祉事務所の安易な事務処理などワーカーや組織によって媒介される専門性の欠如、官僚制の問題がある(支援者の資質)
衣笠(2018)日本	○		・子ども支援は、子ども支援拠点、要保護児童対策調整機関、子育て世代包括支援センターといった市町村の相談支援拠点が複数併存しており、複合的な課題を抱える事例をどの中核機関が担当するのが曖昧となる(連携体制)
船水(2000)日本	○		・福祉事務所における社会福祉主事を一般行政職採用職員の人事異動で確保する自治体が多く、専門性が担保されているといい難い(支援者の資質)
吉岡(2018)日本	○		・対象者ごとにあるいは疾病ごとに法令や体制を整備されていることから、行政の多くの部署では、所管する所掌事務のみを行い、それ以外の事務は担当部署に振るという「縦割り」スタイルを採用している(連携体制)
野田(2017)日本	○		・対象者をこれまでの福祉サービスのように特定して選別しきれない(支援対象の把握)
西郷(2014)日本	○		・児童相談所などの「要保護・要支援系」は要支援状態の発生予防には関与しにくく、地域子育て支援拠点などの「健全育成・子育て支援系」は虐待に対応するための知識やスキルが弱い(連携体制)
	○		・「要保護・要支援系」と「健全育成・子育て支援系」の関係者の間のクレバスを埋めることが課題(連携体制)
志賀(2015)日本	○		・これまで取り組んできた地域での支えあい活動である「ケアネット」と連携し、巡回相談の機会を設け、相談場所をアクセスしやすい身近な場所にした(支援対象の把握)
Canfield et al. (2015)アメリカ	○		・低所得世帯も利用する公立病院に介入する(支援対象の把握)
	○		・介入者は、問題が発生した場合には親に追加のサービスを依頼できるよう家庭内暴力やネグレクトに対する標準的な病院の訓練を受ける(支援者の資質)
Weisleder et al. (2016)アメリカ	○		・低所得世帯も利用する公立病院に介入する(支援対象の把握)
	○		・介入者は、幼児に関連した分野で学士号を取得しており、プロジェクトによる訓練を受ける(支援者の資質)
McEachern et al. (2013)アメリカ	○		・WICを利用者に介入する(支援対象の把握)
	○		・介入者は、ペアレントコンサルタントとして2.5~3か月間訓練される(支援者の資質) ・メディケイドなど州補助計画の対象の小児プライマリケアクリニックに介入する(支援対象の把握)
Sege et al. (2015)アメリカ	○		・保健センターのチームにファミリースペシャリストを加え専門的な支援をカバーし、家族の生活安定と安全の基本的ニーズを満たす(連携体制)
	○		・介入者は、低所得の家族と重要なユーティリティサービスを結ぶヘルスケアスタッフであるファミリースペシャリストとしての訓練と教育を受ける(支援者の資質)
Negrão et al. (2014)ポルトガル	○		・低所得者家族を中心に活動する保健・社会奉仕機関との接触を通じて募集する(支援対象の把握)
	○		・介入者は、支援プログラムの介入プロトコルについて広く訓練される(支援者の資質)
Collins et al. (2016)アメリカ	○		・WIC診療所に介入する(支援対象の把握)

## 資料

# 特定行為研修研修生が認識する意思決定支援：定性的内容分析

関山友子, 鈴木美津枝, 村上礼子

**目的：**特定行為研修研修生（以下、研修生）が認識する意思決定支援について明らかにし、研修生に必要なShared Decision Makingの教育内容について考察する。

**方法：**研修生が認識する意思決定支援についての記述内容を対象に、定性的内容分析を行った。

**結果：**意思決定支援100場面から150コードが抽出された。意思決定支援は13のカテゴリーに分類された。

**結論：**13のカテゴリーは、体系立てて行われたSDMではなく、意思決定プロセスに焦点を当てたサポートでもなかったことから、SDMの基本的な概念から教育内容に含める必要がある。

**キーワード：**特定行為に係る看護師の研修, 意思決定支援,  
Shared Decision Making, 患者中心のケア, 定性的内容分析

## I. はじめに

我が国は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行している<sup>1)</sup>。長寿命化や長年にわたる複雑な介入を必要とする長期慢性症状の負担の増大といった傾向は、日本だけでなく世界的規模で生じているが、現状の医療制度は対応できなくなりつつある<sup>2)</sup>。

これらの問題に対処することを目的として、WHOは保健サービスへの資金提供、管理、提供方法の根本的な転換を求めるIntegrated people-centred health services (IPCHS)を採用した。

IPCHSのフレームワークは、医療従事者のコアコンピテンシーとしてのPerson-centrednessを強調した、または、医療の質やプライマリケアの重要な要素としてのPeople-centred health careのためのフレームワークとなっている<sup>3)</sup>。つまり、IPCHSを実践するためには、ケアに参加し意思決定できるよう、医療従事者がケア対象者に対し教育・サポートする必要がある。

このように、医学的意思決定に対象者を巻き込むことは、倫理的義務であり、現代医学の目標と考えられている<sup>4)</sup>。医学的意思決定において、

複数の選択が利用可能な場合、診断、治療またはフォローアップについて決定するプロセスに対象者を関与させるためのモデルとしてShared Decision Making (以下、SDM)がある。

高度実践看護師教育においては、協働的意思決定を含む卓越した看護実践能力<sup>5)</sup>を獲得するための教育プログラムが看護系大学院教育（修士課程）で提供されている<sup>6)</sup>。

特定行為研修は、研修機関によって6カ月から24カ月と研修期間に幅があり、研修期間が24カ月の指定研修期間は約1割である<sup>7)</sup>。研修生の多くは、特定行為に関する部分という限定付きではあるが、高度実践看護師教育よりも短い期間で卓越した看護実践能力を身につけなければならないことから、高度実践看護師教育と同様の教育プログラムの使用は困難である。また、卓越した看護実践能力の中でもSDMスキルは侵襲性の高い特定行為を提供する際に欠かせないスキルであることから、特定行為研修でSDMスキルが習得可能となる体系的な教育プログラムの構築が早急に求められる。

SDMという用語は、20世紀最後の十数年間で盛んに議論されるようになった用語である<sup>8)</sup>。辻<sup>9)</sup>は、SDMという概念がどのように使われているの

かを検討するため、複数の検索システムを使用し、“Shared Decision Making”“意思決定”“意志決定”等をキーワードとして検索し、最終的に12件の和文献を含む53件の論文を分析した結果、SDMの定義を明確に述べている論文はなかったと述べている。

研修生が認識するSDMと教育プログラムが定義するSDMが異なると、研修生のSDMスキル習得に影響を及ぼしかねないため、まずはプログラム対象者が意思決定または意思決定支援をどのように捉えているのかについて把握する必要があることから、本研究では、特定行為研修研修生が認識する意思決定支援について明らかにし、特定行為研修研修生に必要となるSDMの教育内容について考察する。

## II. 研究方法

### 1) 研究デザイン

記録物のデータは如何様にも解釈できてしまうため、データから離れすぎないよう質的記述的研究デザイン<sup>10)</sup>とした。

### 2) 対象

2018年10月1日～2019年8月31日までに特定行為研修共通科目における意思決定支援の学習課題として電子媒体で提出された記録物である。記録物は42文字から910文字で平均263文字である。

### 3) データ収集

意思決定支援の学習に入る前に「意思決定を支援する際に困った場面／うまくいかなかったと感じた状況について」および「うまくいったと思える意思決定支援」について自由記述で回答を求めた。

本研究で対象とした、特定行為共通科目における意思決定支援の学習プログラムは、研修生が現在行っている意思決定支援を改善していくためにはどうしたらよいかを具体的に考えられるようにするために以下の3段階のステップを組み込んでいる。すなわち、①学習前に研修生が認識する意思決定支援を想起してもらう、②意思決定支援について学習する、③学習前に想起した意思決定支援の内容について再度想起し、現在行っている意思決定支援の改善策について考えられることを記述でまとめる、である。今回は、①の回答を用いた。

### 4) 分析方法

質的内容分析の手法<sup>11)</sup>を参考に研究者1名で以下の手順で分析した。この手法は定性的内容分析の手順が明確に示されており、Krippendorffの内容分析の考えをもとにしている<sup>12)</sup>。この手順で意思決定支援について分析した。

(1) 記録物に何が語られているか、およびどのような意思決定場面なのかに留意しながら記録物を繰り返し読み返し、詳細な意味と全体の意味内容を把握した。

(2) 記録物を読みながら意思決定として実施したことについて語られている部分を見つけ、1つの意味内容を含む1つの文脈を意味単位として抽出した。

(3) 抽出した意味単位を、記録物の本来の意味を損なわないよう要約し、コードを作成した。コードは意味単位を一言で表現できるような言葉で表した。一言で表現すると記録物の意味が損なわれてしまう場合は、状況が分かるような説明を追加した。要約においては、記録物で用いられている言葉を可能な限り用いるよう配慮した。

(4) コードの相違性と類似性に基づいて比較し、類似性のあるコードをまとめてサブカテゴリーとした。

(5) 同様の手順で抽象度を上げカテゴリーを作成した。

### 5) 客観性、妥当性の確保

複数の間で意見が一致している程度である客観性<sup>13)</sup>については、データの一部を用いて、抽出した文脈がどのコードに該当するのかについて、著者3名の一致率を算出した。一致しなかった箇所は協議のうえ合意を得た。また、データから得られるべき分析結果が得られている程度である分析の妥当性<sup>14)</sup>については、分析手続きを明確に示すことで、分析結果に対する「分析者による省察可能性」と「読者による反証可能性」を保証した<sup>15)</sup>。

測りたいものが測れている度合いである測定の妥当性<sup>16)</sup>については、記載者を特定できないので確認できなかった。

### 6) 倫理的配慮

特定行為研修受講開始前のオリエンテーション時に、研修中の学習物については、研修プログラムの質の向上のため、研究で用いる旨、説明書を用いて伝えた。さらにこの趣旨に同意した研修生からは、同意書への署名による同意を取得した。対象にしたデータは、記載者が特定できないよう

にした。本研究は、A大学臨床研究等倫理審査委員会の承認を得て実施した（臨大16-091号）。

### Ⅲ. 研究結果

研修生が認識する意思決定場面は104場面あった。うち、2場面は小児病棟であったためという理由で意思決定支援を経験していなかった。また、2場面は意思決定支援について具体的な記載がなかったため、これら4場面については除外し、100場面を対象とした。

分析の結果、コーダー間の一致率は77%であった。Schreierの文献を引用した乙幡<sup>17)</sup>の文献から、信頼性有と判断した。

100場面から150コードが抽出された。研修生が認識する意思決定支援は13のカテゴリーに分類された。これらのカテゴリーは、患者への意思決定支援とそれ以外の支援に大別できた（表1, 表2）。

以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉で表記した。

#### 1. 患者への意思決定支援

【患者の思いの確認】【理解の確認】【選択肢の追加】【患者と共に検討】【患者、家族、医療者と共に検討】【時間の確保】【感情が不安定な患者への支援】【エンパワメント】【意思決定支援ツールの使用】【患者が十分理解し納得できるような情報提供】の10カテゴリーから構成された。

【患者の思いの確認】は〈患者の希望、価値観、思いの確認〉〈患者の悩みや不安の確認〉の2サブカテゴリー、【理解の確認】は〈医師の説明の理解の確認〉などの2つのサブカテゴリーから、

【選択肢の追加】は〈実践可能な選択肢の提案〉〈患者が選択肢として認識していない選択肢に関する体験／見学を実施する〉のサブカテゴリー、

【エンパワメント】は〈励ます〉から、【患者と共に検討】は〈何を一番大切にするか共に検討〉などの4サブカテゴリーから、【患者、家族、医療者と共に検討】は、〈患者、家族、医療者と共に確認〉〈患者、家族との話し合いを実施〉などの3つのサブカテゴリーから抽出された。また、【時間の確保】は〈時間をかけて説明した〉〈早急な意思決定を求めない〉などの4カテゴリーから、【感情が不安定な患者への支援】は〈気持ちの整理への支援〉〈繰り返しの傾聴を実施〉といった6カテゴリーから抽出された。また、【患者が十分理解し

納得できるような情報提供】は〈患者の納得、理解を目指した説明〉〈事前の情報提供〉〈質問を受けた時、情報の提供〉〈介護スキルの提供〉などの10のサブカテゴリーから抽出された。

これらのカテゴリーは、患者に直接かかわりながら実施されていた。

#### 2. 患者以外の意思決定支援

患者以外の意思決定支援には、【代理意思決定者への意思決定支援】【家族への意思決定支援】【多職種との連携】の3カテゴリーが該当した。

【代理意思決定者への意思決定支援】は、〈理解の確認〉〈選択肢の提示〉〈傾聴する〉〈代理意思決定者への説明〉〈医療者と家族との話し合いを実施〉の5つのサブカテゴリーから構成された。代理意思決定支援は、意思決定が困難である患者の家族が意思決定する際に行われていた。

【家族への意思決定支援】は、〈話す（相談する）機会の提供〉〈家族への報告連絡相談〉〈家族の思い、意向、価値観の確認〉〈本人抜きでの話し合いの場の設置〉〈家族と共に検討〉〈家族への説明、情報提供〉〈家族の思いの受け止め〉〈傾聴する〉〈思考の整理〉〈時間の確保〉〈患者の近くでの説明〉〈患者の気持ちの理解の促し〉〈家族間の合意形成の促し〉の13サブカテゴリーから構成された。これらの支援は、患者の意思が確認できる状況で行われていた。

【多職種との連携】は、〈医師との連携〉〈看護師が説明可能な内容を説明〉〈他職種と連携〉の3つのサブカテゴリーから構成された。これらの連携は、患者が含まれていない連携であった。

### Ⅳ. 考察

#### 1. SDMプロセスに該当する支援

臨床環境でSDMを評価するために利用できるいくつかの尺度がある<sup>18)</sup>。最も頻繁に使用される尺度の一つに、9項目からなるThe 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9)がある。この尺度は、数十か国の言語に翻訳されており<sup>19)</sup>、日本語版もある。この尺度は、KristonらのSDMの9ステップ<sup>20)21)</sup>をもとに作成されている。9ステップとは、①意思決定の必要性を認識する②意思決定の過程において、両者が対等なパートナーと認識する③可能なすべての選択肢を同等のものとして述べる④選択肢のメリット・デ

メリットの情報を交換する⑤医療者が患者の理解と期待を吟味する⑥意向・希望を提示する⑦選択肢と合意に向けて話し合う⑧意思決定を共有する⑨共有した意思決定のアウトカムを評価する時期を相談するである。

今回見出された看護支援をこの9ステップに当てはめてみると、③に該当するのが【選択肢の追加】、⑤に該当するのが【理解の確認】、⑥に該当するのが【患者の思いの確認】、⑧に該当するのが【患者と共に検討】の4カテゴリーが当てはまると考えられる。【意思決定支援ツールの使用】は9ステップすべてに用いることができ、SDMプロセスを改善することが示唆されている<sup>22)</sup>。

厳密に言えば、これらの支援は、SDMのプロセスとして行われていたというよりは、単独のケアとして実施されていたことから、研修生はSDMのプロセスを意識しながら、これらの実践ができるようになるための知識やスキルを身につける必要があると考える。

9ステップのうち、4ステップについては【意思決定支援ツールの使用】以外のカテゴリーは該当しなかった。これら4つについては、記述を対象とした研究の限界でもあるが、実際に実践しているにもかかわらず、記述されなかった可能性がある。しかし、意思決定支援についての記述であることは理解して記述していると思われるので、実際に実践しているにもかかわらず記述されなかった支援については、意思決定支援において重要と判断されなかった、または意思決定支援とは考えられていなかったために記述されなかった、または記述が不明確だったと考えられる。

専門職が行う行為が偶然実践できたとしても、それはエビデンスに基づいた実践 (EBM) とは呼べないため、専門職の行為には当てはまらないと考えられることから、これらのステップがなぜ必要なのか、どう行えばいいかについての教育が必要になると考える。

## 2. SDMを行う上で必要となる支援

SDMを行う上で必要となる支援として、【エンパワメント】【患者が十分理解し納得できるような情報提供】【時間の確保】【感情が不安定な患者への支援】の4カテゴリーが該当すると考えられる。

患者への支援の【エンパワメント】【患者が十

分理解し納得できるような情報提供】の2つのカテゴリーは、看護師として、人を対象とする専門職として基本的な支援である。これらの支援は、上記の9ステップには該当しないが、実施することが当たり前の支援であり、これらのことが実践されなければSDMもうまくはいかないと考えられることから、SDMの前提条件であると考えられる。

また、SDMは、すべての選択肢についてのメリット・デメリットについて熟考したり、選択肢の優先順位を比較したり、医療者と患者が合意できる選択を行うために話し合ったりと、即断することはない。そのほうがより合理的な行動を選択することができ<sup>23)</sup>、満足度の高い決定につながる<sup>24)</sup>と考えられているからである。このことから、

【時間の確保】はSDMを行う上で必要な支援の一つであると考えられる。先行研究においてもSDMの重要な要素である価値観の明確化に、「決断する時間を提供する」というプロセスを含めている論文もある<sup>25)</sup>ことから、【時間の確保】はSDMにとって重要な前提条件であると考えられる。

さらに、医療的場面の意思決定は決定後の人生を左右することもあり、その人にとって重大な決定であることが少なくないことから、看護師は、患者が不安や怒りといった感情が不安定な状態にある時や、強いストレス下にある状態の時に意思決定を促さなければならないこともある。【感情が不安定な患者への支援】は、冷静な患者、家族の支援よりも困難であることは容易に想像できる。人の意思は変わるものであり、冷静な状態の時に決定したことで、状況が変化すれば、別の選択肢を選択することがある。当然、冷静でないときに決定したことと、冷静なときに決定したこととは異なる可能性が考えられる。SDMは患者の価値と好みを考慮に入れた、患者と医師の対話を通じて行われる<sup>26)</sup>。対話は冷静であることが暗黙の前提とされていることから<sup>27~29)</sup>、【感情が不安定な患者への支援】はSDMを行う上で必要な支援であると考えられる。

## 3. SDMを応用した支援

SDMを応用した支援として、【患者、家族、医療者と共に考える】【代理意思決定者への意思決定支援】【家族への意思決定支援】【多職種との連携】の4カテゴリーが該当すると考えられる。

【患者、家族、医療者と共に考える】につい

ては、SDMの中でも、多職種連携におけるSDM (IPSDM<sup>30)</sup>)の考えに当てはまる。IPSDMのメリットとしては、認知障害のある高齢者への介護者の関与が増加したことが示唆されている<sup>31)</sup>他にも、SDMが困難となる理由や原因はわかっているが、どうしたらよいか分からない状況の時などに多職種で共有、相談し、模索しながらSDMを進めていくことができる<sup>32)</sup>点が挙げられる。また、意思決定の段階から患者と関係者との関係が築けるので、患者の安心につながるということや、患者が意思決定できなくなった際に多職種は患者の思いを推測しやすくなり、患者の思いを尊重したケアを最後まで継続することができる<sup>33)</sup>と考える。

IPSDMにおいても、基本はSDMの考え方やスキルである<sup>33)</sup>ため、IPSDMを実践するためには、SDMについて熟知し実践できるまでにスキルを向上させることが必要不可欠である<sup>34)</sup>と考える。

【代理意思決定者への意思決定支援】【家族への意思決定支援】は、SDMの知識があいまいな状態で実践すると、患者を置き去りにしたケアになってしまう恐れがある。

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン<sup>34)</sup>」や、「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～<sup>35)</sup>」には、意思決定支援の原則が示されており、これらに共通することの一つに、患者本人の意思（家族の意思ではなく）を尊重すると明記されていることから、代理意思決定者は、代理となる患者の意思を酌んで意思決定を行う必要がある。患者が意思決定できない場合においても患者の治療やケアについては患者の意思を尊重する姿勢が求められている。代理意思決定者は、限られた時間の中で、過度のストレス状態のまま意思決定を行わなければならない場合もあるため、高度な支援が求められることが想定される。代理意思決定者への支援は、まずは特定行為研修を修了した看護師（以下、修了看護師）が患者中心のケアのスキルであるSDMのスキルを身につけたうえで、代理意思決定者への支援を行うことで、患者の意思を尊重した代理意思決定者への支援が可能になると考える。

また、【家族への意思決定支援】において、患者と家族、双方の意思を尊重することは難しいことではある<sup>36)37)</sup>が、修了看護師は折り合いをつけられそうな選択肢を提案したり、患者と家族の対

話が成り立つよう間に入ったりしながら、患者が納得できる意思決定につなげていく必要がある。中には、家族の思いを知ることで、意思が変わる患者もいるが、それは本当に患者が望むことなのか、後で後悔しない決定なのかについて患者と何度も確認することがSDMにとって重要になる。

このように、家族を含めることで、患者と行うSDMより複雑な支援になる。SDMの目的は、あくまでも患者の意思決定である。家族への支援は、患者の意思決定に必要なから行うという意識を持ち続けられるよう、研修生は確実にSDMの知識やスキルを身につける必要がある。

【多職種との連携】は、患者の意向に沿った支援を実践するために必要不可欠であることから、関係する他職種と意思決定プロセスを共有していくことは重要である。しかし、代理意思決定者への支援や、家族への支援と同様に、患者の意向が置き去りのまま多職種と連携することは、患者中心のケアにはならないということを研修生は理解しなければならない。

#### 4. 教育内容の検討

以上のことから、研修生は、SDMスキルを身につけるまえに、SDMの基本的知識を学ぶ必要があることが考えられた。基本的知識の中でも以下の2つの知識について理解することが重要であると考える。

##### 1) プロセスとしてのSDMを理解する

SDMの9ステップのうち5ステップは行われていたが、単発の支援となっていた。後悔のないまたは少ない意思決定を患者に行ってもらうためには、継続して患者を支援する必要がある。

加えて、一時点の支援SDMプロセスをふまえて意思決定したとしても、状況、状態の変化や新しい知識などによって意思は変化するため<sup>38)</sup>、意思決定したとしても、決定した内容について適宜確認することが重要である。これは9ステップの最後のステップでもある。このことは、終末期医療における事前指示においても課題とされており、有田<sup>39)</sup>は、事前指示で表明された意向がいつのもので、現在の意向は本心かどうか等について議論が必要であると指摘している。これはSDMにも言えることである。

また、SDMのプロセスには、選択肢に関連するメリット・デメリット両方の話し合いが含まれる

40)。メリット・デメリットのどこに価値を置くのかは、個人によって異なるため、考えられる選択肢すべてのメリットやデメリットについて患者と医療者が共有することが重要である<sup>41)</sup>。これはリスクコミュニケーションと共通する認識である<sup>42)43)</sup>。情報に基づいて共有された意思決定は、患者中心のケアの核心である<sup>44)</sup>ため、選択肢に関連するメリット・デメリットの話し合いについては、SDMを実践するにあたって、必ず押さえておくべき知識であると考えられる。

2) SDMプロセスに該当する支援と、SDMを行う上で必要となる支援およびSDMを応用した支援の違いを理解する

SDMの前提条件となる支援は、コミュニケーションスキルとしてSDMを学ぶ前に習得しておいてほしい支援スキルであり、SDMを応用した支援はSDMを習得した後に学ぶことで身につく支援である。研修生がまず初めに理解することは、SDMと、SDMの前提条件およびSDMを応用した支援の区別であると考えられる。

そのためには、SDMが適さない場合について理解する必要がある。SDMが適さない場合として、①選択肢が1つしかない場合②患者が一人で決定したいと意思決定した場合③不確実性が低い場合<sup>45)46)</sup>④意思決定者の感情が不安定な場合などがある。このような場合は、SDMを行うのではなく、

【エンパワメント】【患者が十分理解し納得できるような情報提供】【時間の確保】【感情が不安定な患者への支援】を行うことが求められる。

冷静でない患者と共に意思決定プロセスを進めることは、困難が予測され、結果においても患者が満足する意思決定にならないことや、すべての患者にSDMは有益であると考えて患者にアプローチしてしまうと、患者に不快な思いをさせてしまうこともある。SDMを実践する前に、SDM実践が適切な状況なのかどうかを判断できるようにSDMが適さない場合について具体的に示すことが重要と考える。

患者を不快にさせる機会を減少させることで、研修生のSDM実践の成功体験にもつながると考える。

1) および2)の知識は実践されて初めて身についたといえるので、研修生はSDMを意識した実践を行った後に振り返りを行い、できなかった支援は何なのか、なぜできなかったのか、でき

ようになるためにはどうしたらよいかを自ら考え、再度実践するといったことを繰り返しながら、SDMのスキルを自分のものにしていくということが研修終了後も必要になるということを研修生に理解してもらえよう教育カリキュラムになるよう、特定行為研修の講義担当者は講義内容を工夫していく必要があると考える。

また、特定行為研修は大学院で行われる高度実践看護師教育よりも短い期間で実施されることから、対象者の学習レベルに合わせ、研修で学ぶ必要がある内容を絞り込むことで研修生の負担を最小限にしつつ、SDMスキルを身につけていくことができると思う。

## V. 結論

特定行為研修研修生が認識する意思決定支援100場面から13のカテゴリーが抽出され、患者への意思決定支援とそれ以外の意思決定支援に大別された。

これらのカテゴリーは、体系立てて行われたSDMではなく、意思決定プロセスに焦点を当てたサポートでもなかったことから、研修生はSDMスキルよりもまずはSDMの基本的な概念の理解が必要であることが考察された。

## 利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

## 文献

- 1) 内閣府: 平成30年版高齢社会白書 (全体版) (PDF版) 2高齢化の国際的動向: [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/30pdf\\_index.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/30pdf_index.html) (閲覧日: 2019年9月4日)
- 2) WHO: Service delivery and safety Framework on IPCHS What is the Framework on integrated people-centred health services?: <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/framework/en/> (閲覧日: 2019年9月4日)
- 3) WHO: WHO global strategy on people-centred and integrated health services Executive Summary: <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/> (閲覧日: 2019年9月)

- 4日)
- 4) Mulley AG, Trimble C, Elwyn G: Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter: *BMJ*; 345; e6572, 2012. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e6572>
  - 5) Hamric, A.B., Hanson, C.M., Tracy, M.F., et al.: 中村美鈴, 江川幸二 (監訳) : 高度実践看護 統合的アプローチ, へるす出版 (東京), 152-153, 2017.
  - 6) 田中美恵子, 高度実践看護師の役割拡大のための修士課程教育のあり方について, 学術の動向, 19 (9), 66-71, 2014. DOI [https://doi.org/10.5363/tits.19.9\\_66](https://doi.org/10.5363/tits.19.9_66)
  - 7) 看護師の特定行為研修制度ポータルサイト 全国の指定研修機関を探す 指定研修機関一覧はこちら: <https://www.nurse.or.jp/nursing/education/tokuteikenshu/portal/index.html> (閲覧日: 2019年12月16日)
  - 8) Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JC: Shared decision making: Concepts, evidence, and practice: *Patient Education and Counseling*; 98 (10) ; 1172-1179, 2015.
  - 9) 辻恵子: 意思決定プロセスの共有 - 概念分析. *日本助産学会誌*, 21 (2) ; 12-22, 2007.
  - 10) 谷津裕子, 江藤裕之: 質的研究をめぐる10のキークエスション サンデロウスキー論文に学ぶ. *医学書院* (東京), 139, 2013.
  - 11) Sandelowski M: Focus on research methods whatever happened to qualitative description?: *Research in Nursing & Health*, 23, 334-340, 2000.
  - 12) Klaus Krippendorff, 三上俊治他訳: メッセージ分析の技法 - 「内容分析」への招待 -. 勁草書房 (東京), 1-39, 1989.
  - 13) 大谷尚: 質的研究の考え方 研究方法論からSCATによる分析まで. *名古屋大学出版会* (愛知), 75, 2019.
  - 14) 再掲13), 69.
  - 15) 再掲13), 176.
  - 16) 再掲13), 72.
  - 17) 乙幡美佐江: ソーシャルワーク研究における質的内容分析法の適用. *社会福祉学評論*, 13; 1-16, 2014.
  - 18) Bouniols N, Leclerc B, Moret L: Evaluating the quality of shared decision making during the patient-carer encounter: a systematic review of tools: *BMC Res Notes*; 9; 382, 2016. doi: 10.1186/s13104-016-2164-6.
  - 19) Patient-als-Partner: SDM-Q-9 / SDM-Q-Doc. [http://www.patient-als-partner.de/index.php?article\\_id=20&clang=2/](http://www.patient-als-partner.de/index.php?article_id=20&clang=2/) (閲覧日: 2019年9月4日)
  - 20) Kriston L, Scholl I, Hölzel L, Simon D, Loh A, et.al.: The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9) . Development and psychometric properties in a primary care sample: *Patient Education and Counseling*; 80; 94-99, 2010.
  - 21) 中山健夫: これから始める! シェアード・デシジョンメイキング 新しい医療のコミュニケーション. *日本医事新報社* (東京), 30-31, 2017.
  - 22) McAlpine K, Lewis KB, Trevena LJ: What Is the Effectiveness of Patient Decision Aids for Cancer-Related Decisions? A Systematic Review Subanalysis: *JCO Clin Cancer Inform*, 2, 1-13, 2018.
  - 23) 阿部修士: 意思決定の心理学 脳とこころの傾向と対策. *講談社選書メチエ* (東京), 30, 2017.
  - 24) Hack TF, Degner LF, Watson P: Do patients benefit from participating in medical decision making? Longitudinal follow-up of women with breast cancer: *Psychooncology*; 15 (1) ; 9-19, 2006.
  - 25) Pieterse AH, de Vries M, Kunneman M, et.al: Theory-informed design of values clarification methods: a cognitive psychological perspective on patient health-related decision making: *Social Science & Medicine*; 77; 156-163, 2013.
  - 26) 再掲21), 8-9.
  - 27) 清水広久: 進化するチーム医療への旅 今求められるレジリエンスとは? (第14回) 対話を巡る冒険 なぜダイアログ (対話) ではなく, ダイアログ (対話) が必要なのか. *看護管理*, 29 (6) ; 564-567, 2019.
  - 28) 白木孝二: オープンダイアログの対話実践, そして援助者の在り方について. *精神看護*, 18 (6) ; 588-592, 2015.

- 29) オープンダイアログ・ネットワーク・ジャパン (ODNJP), ODNJPガイドライン作成委員会: オープンダイアログ 対話実践のガイドライン 第1版. 精神看護, 21 (2); 105-132, 2018.
- 30) Stacey D, Briere N, Robitaille H, et.al.: A systematic process for creating and appraising clinical vignettes to illustrate interprofessional shared decision making; J Interprof Care; 28 (5); 453-459, 2014.
- 31) Adekpedjou R, Stacey D, Briere N, et.al.: Engaging Caregivers in Health-Related Housing Decisions for Older Adults With Cognitive Impairment: A Cluster Randomized Trial: The Gerontologist; gnz045; 16; 1-11, 2019. doi: 10.1093/geront/gnz045.
- 32) 濱村麻理, 藤田美賀, 青木真奈美他: 非がん疾患患者の人生の最終段階における意思決定支援の実態と課題. 日本看護学会論文集 慢性期看護, 49, 243-246, 2019.
- 33) Lewis KB, Stacey D, Squires JE, et.al: Shared Decision-Making Models Acknowledging an Interprofessional Approach: A Theory Analysis to Inform Nursing Practice: Research & Theory for Nursing Practice; 30 (1); 26-43, 2016.
- 34) 厚生労働省: 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 改訂平成30年3月; <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (閲覧日: 2019年9月4日)
- 35) 日本救急医学会, 日本集中治療医学会, 日本循環器学会: 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン ~3学会からの提言~; [http://www.jaam.jp/html/info/2014/info-20141104\\_02.htm](http://www.jaam.jp/html/info/2014/info-20141104_02.htm) (閲覧日: 2019年9月4日)
- 36) 矢吹律子, 久永貴之: 心肺蘇生を強く希望する家族とのコミュニケーションに困難さを感じた1例. 死の臨床, 41 (2), 325, 2018.
- 37) 加藤加澄: 「家に帰りたい」の思いを叶えられなかったA氏との関わり 高齢者の意思決定支援への困難さ. 死の臨床, 41 (2), 434, 2018.
- 38) 厚生労働省: 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 解説編 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会 改訂 平成 30年3月; <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf> (閲覧日: 2019年9月4日)
- 39) 有田健一: 終末期の事前指示をめぐる現状と今後の課題. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, 21 (2), 110-117, 2011.
- 40) Elwyn G, Edwards A, Hood K: Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice: Family Practice; 21 (4); 337-346, 2004.
- 41) Henneman L, Marteau TM, Timmermans DR: Clinical geneticists' and genetic counselors' views on the communication of genetic risks: a qualitative study: Patient Education and Counseling; 73 (1); 42-49, 2008.
- 42) Van der Horst K, Giger M, Siegrist M: Attitudes toward shared decision-making and risk communication practices in residents and their teachers: Medical Teacher; 33 (7); e358-e363, 2011.
- 43) Han PK, Joeke K, Mills G3, et.al.: Development and evaluation of the "BRISK Scale," a brief observational measure of risk communication competence: Patient Education and Counseling; 99 (12); 2091-2094, 2016.
- 44) Weston WW: Informed and shared decision-making: the crux of patient-centered care: CMAJ; 165 (4); 438-439, 2001.
- 45) Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB: A Typology of Shared Decision Making, Informed Consent, and Simple Consent: Annals of Internal Medicine; 140 (1); 54-59, 2004.
- 46) 再掲21), 13-14.

特定行為研修研修生が認識する意思決定支援：定性的内容分析

表1 研修生が認識する患者の意思決定支援

カテゴリー	サブカテゴリー	コード (57)
患者の思いの確認	患者の希望、価値観、思いの確認	患者の希望を時間をかけて確認した
		事前に患者の思いや価値観を把握しておいた
	患者の悩みや不安の確認	今後の生活の希望や人生の価値観を聞いた
		患者が何を大切にしているかを確認した
理解の確認	医師の説明の理解の確認	医師の病状説明の後に、説明に対しての思いを確認した
		患者の悩んでいる内容を整理した
	身体への影響や治療、予後についての理解の確認	術前IC後、患者に手術についての不安を確認した
		ICの理解度を確認した
選択肢の追加	実践可能な選択肢の提案	ICの後は必ず疑問や意見がないか聞いた
		医師からの説明を患者が理解できたかを確認した
	患者が選択肢として認識していない選択肢に関する体験/見学を実施する	緊急手術が必要と判断された患者が緊急手術を受けると意思決定したので、患者の体のどこが悪いのか、手術や予後に対して十分な理解をしているか確認した
		家族内で話し合うことを提案した
		予約日より前に再診し、医師に相談することを提案した
		選択できるすべてを提案した
患者と共に検討	様々なことを一緒に検討	自信をつけてから退院をきめてはどうか助言した
		すぐに退院を決めなくてもよいのではないかと提案した
	限界の合図について一緒に検討	NPPVに慣れるまで夜間看護師が時々マスクを外し休憩を入れてあげた
		実際に使用する物品（気管カニューレ）を見せた
患者、家族、医療者と共に検討	患者、家族、医療者と共に確認	寒さよりも清拭による爽快感や気持ちよさを感じてもらえるような関りをした
		「転院先の病院は死ぬ人がいて老いる人がいるから嫌だ」と拒否する患者に候補の療養施設の見学を提案した
	患者、家族との話し合いを実施	外来と連携し、今後気管切開を受ける患者・家族と気管切開を受けている患児とその家族との面談の機会を設けた
		治療の選択肢、治療による利点と欠点、治療しないことでの身体への影響、退院後の生命予後や社会復帰についてを共に考えた
時間の確保	患者が納得できるよう時間を設けた	自宅や病院、施設などでの支援体制やマイナス面やプラス面について共に検討した
		呼吸器装着や療養場所など様々なことを一緒に考えた
	時間をかけて説明した	患者の訴えに対して共に考える姿勢で関わった
		患者、家族、医療者との話し合いの場の設置
感情が不安定な患者への支援	傾聴する	本人が何を一番大切にするのかを一緒に考え思考を整理した
		本人、家族、医師と共にこれまでの治療経過と、今後治療を継続した場合の余命、病状、継続しなかった時の出現する症状、余命について確認した
	告知されていない患者の思いを傾聴	医師、看護師、患者、家族と話し合い患者の希望する治療を選択した
		1週間で退院したいと希望する患者について、担当医、麻酔科医、看護師、患者、家族と治療方針や合併症などを話し合った
救急搬送患者の意思決定を尊重	救急搬送患者の意思決定を尊重	患者は自宅退院を希望し、娘は転院を希望するので、患者、家族、医療者で何度も話し合った
		医師と家族で再度話し合いを行った

表1 研修生が認識する患者の意思決定支援 (つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード (34)
患者が十分理解し納得できるような情報提供	患者の納得, 理解を目指した説明	患者が納得できる説明を提供した 説明不足の点に関して, 患者が理解できる言葉で説明し補足した
	事前の情報提供	あらかじめ情報提供していた
	質問を受けた時, 情報の提供	適宜質問がありその都度情報提供をした 相談を受け治療の選択肢について話をした 便が漏れるというため, 現在使用しているストーマ装具から別のストーマ装具に変更するのものと話した
	介護スキルの提供	患者を家に連れて帰りたい家族に対し褥瘡の処置やおむつ交換等の練習を行った ストーマについて事前にイメージさせた
	イメージできるような情報の提供	イメージがつくように本を見たり, 図を描いたりして説明した ストーマについて具体的にイメージできるような情報提供を行った パンフレットを用いてCVポート挿入の利点, 合併症を説明した 疾患や治療について精神的に受け入れができていない時や説明内容を理解する能力が乏しい時, 説明資料などをわかりやすく工夫した
	説明の仕方の工夫	ケアの必要性の説明に興味や関心がありそうな会話を交えながら行う 危険性について丁寧に説明した 病識に対する知識や育児に対して指導してもあまりよく聞いてくれない
	複数回の説明	うまく症状コントロールできている患者の例やその機械をつけることで病状がどれほど改善できるかについて何度も説明した 緩和療法の利点やQOL向上について繰り返し説明した 患者の病識の無い救急搬送患者や, 疾患の状態で自宅で過ごしたいという救急搬送された患者には, 検査・入院・治療などの必要性についてその都度説明した 患者は自分の悪い部分も手術に対する事もほとんど理解されていなかったので再度説明をした
	患者の近くでの説明	患者のそばで説明した 隣に座り, 検査について具体的に説明した
	理解してもらえるような工夫	なぜストーマ装具を変えなければいけないのか, 理解してもらえるよう説明した 親だけでなく, 患児にも病状と治療の選択について説明した 今後心身に起こりうることを伝えた 利用できる情報を提供した 提案に対してできるサポートを説明した 服薬中断による結核再発の恐れについて説明した 検査のメリット (安心) について説明した ギプス固定で完治するまでの期間について情報提供した 治療をやるやらないについて選択できる情報を伝えた 治療の説明を行った 在宅サービスの導入についても話 (情報提供) をした 胃食道逆流を起こす患者に, 腸ろうについて説明した 治療が必要にもかかわらず, 医師・看護師・家族の言葉に耳を傾けず, 帰宅の方針となった救急搬送患者に現状と今後について話した

特定行為研修研修生が認識する意思決定支援：定性的内容分析

表2 研修生が認識する患者以外の意思決定支援

カテゴリー	サブカテゴリー	コード (59)	
代理意思決定者への意思決定支援	理解の確認	治療の選択をするにあたって、代理意思決定者の理解の確認をした	
	選択肢の提示	回復が見込めない脳死状態である患者の家族に、状態悪化時の選択肢を提示	
	傾聴する	脳梗塞による意識障害があり長期間挿管中で、人工呼吸器関連肺炎のリスクが高いため気管切開をすること勧められた患者の家族の気持ちを十分に聴取した	
	代理意思決定者への説明	代理決定を行って頂く際に、キーパーソンであると伺っていた方を中心に説明を進めた	
	医療者と家族との話し合いを実施	傾眠傾向である本人は意思決定できる状態ではないと判断し、医師、家族でカンファレンスを行った	
家族への意思決定支援	話す（相談する）機会の提供	看護師は家族と話す機会も多かった 家族と何度もカンファレンスを実施した	
	家族への報告連絡相談	患者の状態変化時に家族に連絡した	
	家族の思い、意向、価値観の確認	夫の思いも確認した 同席していた家族の意向も確認した 独居でADL低下のある入院中の患者の家族に今後の退院先の意向を確認した	
	本人抜き話し合いの場の設置	告知されていない患者の主治医・家族での話し合いの場を設けた	
	家族と共に検討	家族の訴えに対し、共に考える姿勢で関わった 家族が何を一番大切にするのかを一緒に考えた	
	家族への説明、情報提供		急なことで動揺している家族に、現状や今後の治療などを説明 家族へ医師の判断を説明した 夫に本人の状況や緩和療法の必要性を説明を繰り返した 回復が見込めない脳死状態である患者の家族に、緩和医療的視点から、そこまでの医療行為が患者にとって本当に必要であるか情報提供した 家族には苦痛の緩和に必要な治療であることをその都度説明した
		家族の思いの受け止め	100歳代の寝たきり患者の介護者である家族の思いを受け止めながら関わった
		傾聴する	家族に傾聴を繰り返した 家族の訴えを傾聴した 救急搬送の家族の言葉に傾聴共感でかわった
	思考の整理	家族が何を一番大切にするのかについて思考を整理した 家族の悩んでいる内容を整理した	
	時間の確保	両親の話をする時間を作った	
	家族の近くでの説明	家族のそばで説明した	
	患者の気持ちの理解の促し		本人の気持ちや疑問を、家族が共有できるように努めた いつ命が終わる日が来ても不思議ではない患者の自宅退院をもう1度検討するために家族と面談した 告知されていない患者の家族に本人の思いを伝えた 家族には本人の希望をその都度説明した
		家族間の合意形成の促し	人工呼吸器管理中の患者の同居の嫁は自宅に連れていきたいといい、夫やキーパーソンの息子は自宅では無理だという家族の意見を来院するたびに確認した
	多職種との連携	医師との連携	医師に「手術は受けたくないという」患者の言葉を報告した
			医師へ患者の思いを伝えた
患者の訴えを主治医に報告した			
主治医に患者の「治療が聞かなくなったらそこまでいい」という思いを伝えた			
看護師より医師へ本人の希望を伝えた			
医師へ相談した			
医師に家族の希望について報告した			
医師に「蘇生しないでほしい」という家族の意向を伝達した			
末期がん患者が痛みを訴えたので主治医に報告した			
オピオイドの調整について主治医に相談した			
医師に「他に治療法はないのか」という患者の訴えを伝えた			
本人の「食べたい」という思いに応えようと医師に相談した			
治療を中断した後のメリット、デメリット、今後の病状の変化など医師に話をしてもらう働きかけた			
説明を拒む医師を説得した			
病状説明前に医師と患者・家族背景や患者の事前の意向、現在思っている疑問点などを十分に討議した			
延命を希望していない60歳代の男性患者のICに同席した			
医師と情報を整理（共有）した			
救急搬送されたが自発呼吸のない40歳代女性の夫に対し、医師が病状・現状説明する席に同席した			
看護師が説明可能な内容を説明	看護師に説明できる内容であれば説明した		
	他に選択肢はないのかという患者に、私なりに質問に答えた 救急搬送されたが自発呼吸のない40歳代女性の夫に対し医師の説明を補足した		
他職種と連携	多職種と密に連絡を取った		
	患者のストレス状況についてスタッフとカンファレンスをした 在宅での見取り希望の患者に対して、MSW、ケアマネージャーと連携して支援した		
	本人の気持ちや疑問を、他機関・他職種が共有できるように努めた 薬剤師、緩和ケア認定看護師と情報を整理（共有）した 家族が施設退院を希望されたので、MSWにつないだ		

## 資料

## 看護教育におけるeポートフォリオの活用の実態

八木(佐伯)街子, 鈴木美津枝, 浅田義和, 村上礼子

## e-Portfolio on Nursing Education

Machiko Saeki Yagi, Mitsue Suzuki, Yoshikazu Asada, Reiko Murakami

抄録：看護教育においてeポートフォリオの活用が増加している。そこで本稿では、看護基礎教育として米国の看護学部における実習指導での活用ならびに継続教育として特定行為研修でのeポートフォリオの活用事例を紹介する。看護基礎教育、継続教育で共通していることは、双方ともラーニング・ポートフォリオとアセスメント・ポートフォリオの役割を持っていることであった。また、eポートフォリオが個々の学習者の学習記録を残すという役割に留まらず、学習内容の共有、協働学習の場としての役割を強く持っていた。今後、eポートフォリオの活用を促進するためには、学習者の支援としてICT環境の整備をするだけでなく、担当教員の確保とeポートフォリオを用いた非対面でのフィードバックの質の向上のための教員への研修が必要である。

キーワード：eポートフォリオ, 看護基礎教育, 継続教育

## I. はじめに

ポートフォリオは、経歴や成果を記録として残すものである。ポートフォリオの語源は、「紙入れ」であり、元来は書類を挟むものとされ様々な紙面をファイリングしてきたが<sup>1)</sup>、現在では、「学習者の成果や省察の記録、メンター（優れた助言者・指導者）の指導と評価の記録などをファイルなどに蓄積・整理していくもの」と定義され、教育に活用されている<sup>2)</sup>。ポートフォリオの形態はその利用目的や所有者などに着目することで分類されることが多い。使用目的に着目する場合、学習のプロセスや結果の記録を主とするラーニング・ポートフォリオ、継続的な成長のための計画立案などを主眼としたディベロップメント・ポートフォリオ、ルーブリック等を用いて評価さ

れることを念頭においたアセスメント・ポートフォリオ、学習者の能力表明や教育機関としての質保証に用いられるショーケース・ポートフォリオなどがある<sup>3)</sup>。

また、昨今は、Information Communication Technology（以下、ICT）を活用したMahara<sup>4)</sup>のようなeポートフォリオが用いられることも増えている。紙媒体でのポートフォリオと比較した利点として「根拠資料の添付に際してリンクを貼ることができる」「媒体を持ち運ぶ必要がなく、学習者・評価者が同時に閲覧することも可能である」などが挙げられる。一方で、「画面上で閲覧・評価をしなければならない」「eポートフォリオのシステムに慣れる必要がある」などの課題も存在している<sup>5)</sup>。

看護教育でもeポートフォリオは、技術に関する実施動画、実習記録や多くのレポートなどの学習成果を管理するために、看護基礎教育<sup>6)</sup>から継続教育<sup>7,8)</sup>まで広範囲で活用されている。特に、近年では医療職のプロフェッショナルリズムの向上を

1 自治医科大学看護学部

2 自治医科大学情報センター

1 School of Nursing, Jichi Medical University

2 Information Center, Jichi Medical University

目的として、専門職としての役割意識の向上や自己研鑽への意識の変化といった定性的な内容の評価にeポートフォリオを用い、内省を促す機会も増えている。学習者はeポートフォリオにより経験を具体的に言語化することでメタ認知を促進することが期待できるからである<sup>9)</sup>。

我が国でのeポートフォリオの運用には、課題も多い。看護基礎教育では、対面学習が習慣化された学習者や教育者がオンライン上かつ非同期での双方向性のある学習に対して適応するのは容易ではない。継続教育では看護基礎教育と同様の課題があるのに加えて、働きながら学習成果を記録するといった自己調整学習能力が涵養されている必要がある。

本稿では、海外の看護学部でのeポートフォリオの使い方や看護師の継続学習でのeポートフォリオの運用方法を紹介し、今後の活用の方向性を検討する。

まず、看護基礎教育におけるeポートフォリオの活用例として筆頭著者が研修を行った米国ハワイ州のChaminade Universityの看護学部での臨床実習での運用方法について紹介する。続いて、継続教育での活用例を自治医科大学看護師特定行為研修センター（以下、当センター）の運用方法を用いて説明する。

## II. Chaminade Universityの看護学部でのeポートフォリオの運用

Chaminade Universityは米国ハワイ州にある私立大学である。看護学部では、4年生の臨床実習（Clinical Immersion）にて、eポートフォリオを用いた指導を行っている。このeポートフォリオのタイプはコースポートフォリオといい、1つのコース内で活用されるポートフォリオである<sup>10)</sup>。森本ら<sup>3)</sup>のポートフォリオ分類では、ラーニング・ポートフォリオとアセスメント・ポートフォリオに分類される。Clinical Immersionは、週に40時間、医療機関にてシフト制（無償）で働きながら学習する実習である。Clinical Immersionを行うことで、学生は自分の専門性や興味関心を就職前に認識し、就職先の選択や職業選択ができるというメリットがある。また、学生を受け入れる医療機関にとっても、学生の学習状況を把握することができるので、採用時の情報収集としての役割を果たしている。実際のところ、学生の約1/3が実習病院より就職の誘いを受けている状況がある。実習期間中、各学生が希望する医療機関に分かれて実習をすることから、対面での学習内容の共有や教員からの指導などが難しいため、eポートフォリオ（LMS-CANVAS Discussion）を活用している。Chaminade UniversityのClinical Immersionでのeポートフォリオは、個人の学習の記録を残すことに加えて、様々な医療機関で実習を行う学習者間の情報共有と意見交換にも重きを

表1. オンラインでの意見交換に対するルーブリックの例

意見交換の内容で期待すること	
5-4点	他の学生が問いかけたすべての質問に対し、期限内に返信する。1つないしはそれ以上に対して、複数回の返信を行い、意見交換の中で質問された内容に対して追求している。 追記：複数回の返信では、他の学生が言った内容を承認し、何を言われたかについて言及し、質問をする、または別の方法で再度活発化し、意見交換を広げる。 減点のポイントは誤ったAPA(American Psychological Association)形式の使用、不十分なエビデンス、質の欠如、文字数制限を守っていないことである。
3-2点	他の学生が問いかけたいくつかの質問に対し、期限内または一部期限を過ぎてしまった場合もあるが、返信する。1つないしはそれ以上に対して複数の返信を行い、意見交換の中で質問された内容に対して概ね追求しているだろうという内容を投稿している。 減点のポイントは誤ったAPA形式の使用、不十分なエビデンス、質の欠如、文字数制限を守っていないことである。
1点	質問への返信が不完全である。意見交換へは遅れて参加しており、複数の返信は実施していない。また、現在進行している意見交換に対しても、その活性化ができていない。 減点のポイントは誤ったAPA形式の使用、不十分なエビデンス、質の欠如、文字数制限を守っていないことである。
0点	不参加

目的：ここでの意見交換の目的は、学習目標1である「治療に関するコミュニケーション」を達成するためである。この科目で学習目標に達するためにどうしたらよいかを考える必要がある。ここでの投稿により、自らの経験を共有することで学習に自信をもつことができる。Clinical Immersionの2週目は「根拠のある返信」を必要とする。間違ったAPA (American Psychological Association) 6th editionでの文献記載は減点される。

課題：この週のClinical Immersionの期間に、看護の立場で、個々やグループ、または社会との相互作用の中で治療的なコミュニケーションスキルをどのように向上させるか。自らの能力について具体的に述べ、実習での経験例を提示しなさい。

教育方法：ディスカッションボードの「Respond」ボタンを直接クリックし、文章にて自分の考えを返信しなさい。（概要や矢継ぎ早の投稿は不要である）引用や参考文献はAPA 6th editionに則り、記録の最後に記載しなさい。ディスカッションスレッドはネットマナー (netiquette) や語調に配慮されているかを観察する。学習環境にいる仲間に敬意を払うのは言うまでもない。

2-3段落 (250単語以上) を受理する。提出期限は日曜23:59までである。

この投稿は5点満点である。

図1 Clinical Immersionでのオンラインディスカッションでの学生への提示事項

置いている、驚くべきことに、実習カンファレンスの代わりに、学年全員（例年60名弱）での意見交換を課している。学生は、Clinical Immersionの学習目標と提示課題に合わせた各自のレポートに対して、意見交換に対するルーブリック（表1）に沿ってコメントすることが必須とされている。このルーブリックには意見を述べる際の根拠として文献を引用することまで求めている。学生に求められている課題に関しては図1に示す。このように具体的に学習の目的、課題、教育方法を提示し、学習者として何が求められているのかを明確に指示している。また、文字数の制限や提出期限も明示している。Chaminade UniversityではClinical Immersionでの意見交換に関するルーブリック評価を担当教員1名が実施している現状があった。米国ではAssociation of American Colleges and Universitiesがeポートフォリオの活用を推奨しており<sup>11)</sup>、一般的な教育ツールとなっている。

このように、eポートフォリオを学習記録として活用するだけでなく、意見交換や相互評価のような協働学習の方略としても活用し、他者の経験を自らの学びに取り込む工夫がなされている。このようなeポートフォリオの活用に関しては、日本の看護基礎教育においてはまだ例がない。看護系大学数の増加により臨地実習施設が広域にわたる現状がある中で、カンファレンスでの十分な意見交換の機会のみならず開催そのものが困難な場合もあるだろう。今回示したようなeポートフォリオは今後活用される可能性がある。

### Ⅲ. 自治医科大学看護師特定行為研修センターでのeポートフォリオの運用

ここまでは、看護基礎教育におけるeポートフォリオの活用について述べてきたが、ここからは継続教育における活用事例を示す。

当センターでの特定行為に係る看護師の研修（以下、特定行為研修）は2015年から開始し、全国各地の医療機関にて勤務する看護師が研修生として半年に30名程度の入講している。研修生が全国各地に散在していることから遠隔学習を活用しており、学習支援システムとしてMoodleを用いているだけでなく、eポートフォリオとしてMaharaを活用している。

LMS (Learning Management System) であるMoodleは、PDFや動画教材の配信、小テスト・レポート課題等の実施、さらには学習者の進捗や履歴の管理など、eラーニングとしての利用に特化して用いている。これに対し、当センターのeポートフォリオ (Mahara) はChaminade Universityと同様に、学習記録を残すだけでなく、学習計画の立案や研修生間や教員との意見交換のツールとしても活用されている。森本ら<sup>3)</sup>のポートフォリオ分類では、ラーニング・ポートフォリオとアセスメント・ポートフォリオに分類でき、かつ、学習計画の立案をするという点においてディベロップメント・ポートフォリオでもあると言える。ここでは特に、実習期間の学習記録の記録方法と研修生間や教員との意見交換について、学習状況の把握と学習の質の担保に関する実践について述べることにする。

当研修センターでの特定行為研修では、セン

ター教員や看護教員がすぐに学習支援が可能な自治医科大学附属病院だけでなく、自治医科大学さいたま医療センターや特定行為研修の協力施設である各研修生の所属医療機関でも実習が実施される。実習内容の質を維持するためにも学習状況に対する即時的な指導を実施する必要がある。したがって、研修生には「日誌」という名称でeポートフォリオを記載させ、その記載内容に対して教員がコメントを行っている。当センターのeポートフォリオのルールとその理由は以下の通りである。

### 1. 実習日には可能な限りその日に提出する

理由：研修生には記憶が鮮明な間に日誌をまとめてもらい、それに対して、教員は次の実習の前にコメントで指導し、教育効果を高めるだけでなく、必要時には実習施設に対する調整を迅速に行うためである。

### 2. 「実施したこと」「学んだことと追加の学習が必要なこと」「今後の課題と明日への目標」の3段構成で記載する

理由：「実施したこと」で具体的な事実を明記し、その内容から「学んだことと追加の学習が必要なこと」を抽出することで、能力の自己評価を行うとともに省察能力を高めることにつながる。また、省察した内容を踏まえて、研修生は「今後の課題と明日への目標」を言語化し、専門職としての自己課題に対する具体的な目標と対策を立てるという一連の流れを習慣化させることが目的である。この考え方は、ポートフォリオでは、個人の成長や自己決定型学習、省察能力、自己評価、プロフェッショナルリズムなど他では評価困難な内容の評価が可能であることに由来し<sup>12)</sup>、実習の状況が見えない状況でも、eポートフォリオの内容から研修生の変化（成長の促進や停滞も含む）を評価することができるからである。特に、医療において専門職は省察を自己主導的に継続する必要がある、ポートフォリオに記録するという一連の行為が自己の学習評価が可能な学習の軌跡を残すことになる<sup>13)</sup>。

### 3. 他の研修生のeポートフォリオを読んで学ぶ

理由：前述の通り、当センターの研修生は多様な実習施設で学習する。したがって、同じ特定行為

区分を学習していても、学習内容は多様である。それぞれの研修生の学習内容を共有し、他者の実施内容から自己の実践の糸口を見出すためにも、他の研修生のeポートフォリオを閲覧し、その内容から学習することを推奨している。他の研修生のeポートフォリオが閲覧できるということは、同時に、教員のコメントを閲覧できることになる。これは、類似した状況での指摘内容が閲覧できることになり、自己の気づきを促すことになる。

実際の当センターにおけるeポートフォリオの運用モデルを図2に示す。eポートフォリオの活用にあたり、教員はまず利用方法の説明を行い（技術的支援）、提出されたeポートフォリオの記載内容に対するコメントを行う（教育的支援）。その際には、記載・評価の軸となるeポートフォリオのルールに従ってコメントを行っている。当センターでeポートフォリオへの返信を行っている教員は5～6名程度いる。それぞれの教員が異なる評価軸でコメントしないようにすることが学習の質の担保につながると言える。当センターでは、教員が相互にコメントの内容を確認するだけでなく、研修生の進捗状況に関して随時担当教員間で情報や教育方針を共有するようにしている。今後研修生の増加に伴い、コメントをする教員も増加することが予想される。その際には、これまでのコメント内容の傾向を分析し評価軸のすり合わせを行ってからコメントするように教員も学習することが求められる。

## IV. 看護教育におけるeポートフォリオ活用の展望

これまで、看護基礎教育ならびに継続教育におけるeポートフォリオの活用に関して、実践事例をもとに具体を述べてきた。その中で、多様な看護教育の背景に合わせてeポートフォリオという学習支援方法の役割や効果を述べた。看護基礎教育、継続教育に共通していることは、eポートフォリオが個々の学習者の学習記録を残すという役割に留まらず、学習内容の共有、協働学習の場としての役割を強く持っている点である。

eポートフォリオでの意見交換や指導は、対面での意見交換や指導の予備情報としても有効活用ができるため、学習者のメリットだけでなく、教育者にもメリットが大きい。今後、eポートフォ

リオを効果的に実施するには、これまで述べてきたような対面での指導や意見交換とは異なる技術的支援、教育的支援が必要となる。その上で、学習者に対するICT環境の整備だけでなく、担当教員の確保を行う必要がある。その際には、担当教員が、顔が見えない環境でも学習目標に沿った個々の学習者の学習プロセスを理解し、次の実践への足場掛けになるコメントができるようにフィードバックする能力を向上させる必要があるだろう。今後、大学の教員がポートフォリオ評価について学習できるような研修や学びの機会がより一層必要であるといえる。

また、eポートフォリオの活用にあたり文字によるコミュニケーション能力を学習者と教員双方が高める必要がある。図1に記載のあるネットマナーだけでなく、共通理解できるような文章作成能力の強化の支援も求められる。また、対面学習が習慣化した学習者にとってはeポートフォリオでの文章での

やり取りのみでは不安を感じ、学習が遅延する場合もある。教員は学習者の反応をみながら臨機応変にメンタリングしていくとよい<sup>14)</sup>。

最後に、Assessment and Teaching of Twenty-First Century Skills (ATC21S) は2009年に21世紀を生き抜くために必要な10の能力（以下、21世紀型能力）を図3のように定義した<sup>15)</sup>。これらの項目をよく読むと、eポートフォリオは21世紀型能力そのものを使うため、また、21世紀型能力の評価に使えるツールであるといえる。定義づけから10年が経過し、今後大学に入学する学生は、小中高校で多かれ少なかれ21世紀型能力を涵養するトレーニングを受けていることと推察できる。eポートフォリオの活用は時代の趨勢に合った教育方法のひとつであり、大学入試制度にも組み入れられ<sup>16)</sup>、今後より一層活用されていくといえる。後続の教育機関として、その準備を粛々と進めていくことが必要であろう。

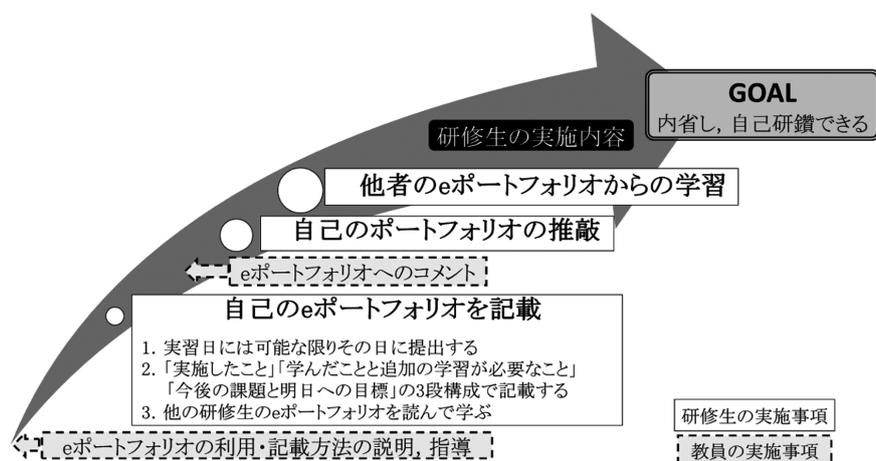


図2. 自治医科大学看護師特定行為研修センターにおけるeポートフォリオの運用モデル

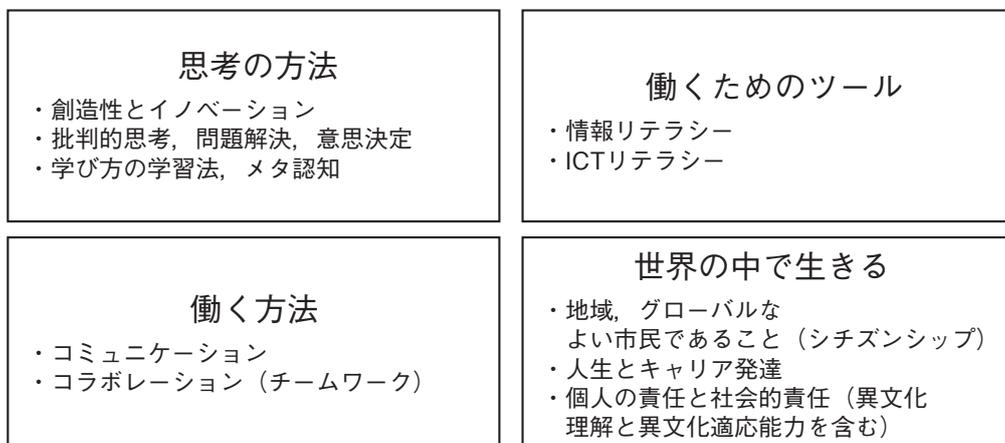


図3. 21世紀を生き抜くために必要な10の能力

文献

- 1) 森本康彦：eポートフォリオの理論と実際. 教育システム情報学会誌. 25(2)；245-263, 2008.
- 2) 西岡加名恵：教科と総合に活かすポートフォリオ評価法-あらたな評価基準の創出に向けて. 図書文化社（東京）, 39, 2003.
- 3) 森本康彦, 永田智子, 小川賀代他：教育分野におけるeポートフォリオ. ミネルヴァ書房（京都）, 17-20, 2017.
- 4) Mahara：https://mahara.org/（最終アクセス2019年9月6日）
- 5) Van Tartwijk J., Driessen E. W.: Portfolios for assessment and learning: AMEE Guide No. 45. Medical Teacher. 31(9); 790-801, 2009.
- 6) 酒井郁子, 朝比奈真由美, 前田崇他：II-3 取り組み事例 千葉大学の場合. 医学教育, 45(3)；153-162, 2014.
- 7) 清水将統：オンライン上のeポートフォリオに構築したクリニカルラダー ver. 2 評価システム. 看護管理, 26(9)；797-805, 2016.
- 8) 名古屋大学医学部附属病院・看護部https://www.med.nagoya-u.ac.jp/kango/education/posture.html（最終アクセス2019年9月6日）
- 9) デヴィッド・トーマス・スターン：医療プロフェッショナルリズムを測定する-効果的な医学教育を目指して. 慶應義塾大学出版会株式会社（東京）, 241-264, 2011.
- 10) Bernstein D., Burnett A. N., Goodburn A. M., et.al：Making teaching and learning visible: Course portfolios and the peer review of teaching. Jossey-Bass (San Francisco), 8-15, 2006.
- 11) ePortfolios. Association of American Colleges and Universities. https://www.aacu.org/eportfolios.（最終アクセス2019年11月28日）
- 12) David M. F. B., Davis M. H., Harden R. M., et.al：AMEE Medical Education Guide No. 24: Portfolios as a method of student assessment. Medical Teacher, 23(6); 535-551, 2001.
- 13) Ginsburg S., Regehr G., Stern D., et.al：The anatomy of the professional lapse: bridging the gap between traditional frameworks and students' perceptions. Academic Medicine, 77(6); 516-522, 2002.
- 14) 松田岳士, 原田満里子：eラーニングのためのメンタリング 学習者支援の実践. 東京電機大学出版（東京）, 14-41, 2007.
- 15) Assessment and Teaching of Twenty-First Century Skills. http://www.atc21s.org/（最終アクセス2019年9月6日）
- 16) 文部科学省. 「JAPAN e-Portfolio」について. http://www.mext.go.jp/b\_menu/shingi/chousa/shotou/143/shiryu/\_icsFiles/afieldfile/2019/02/20/1413594\_001.pdf（最終アクセス11月28日）

# 看護学部教員共同研究報告

研究課題：看護師特定行為研修のチーム医療の学びについて

共同研究組織：

研究代表者 助教 鈴木美津枝

共同研究者

教授 村上礼子

講師 八木街子

講師 中村剛史（自治医科大学 地域医療学  
センター 地域医療人材育成  
部門 2019年3月31日退職）

看護師長 寺山美華（附属病院 看護部）

看護師長 亀森康子（さいたま医療センター）

執行した研究費総額：

115,869円（配当額：116,000円）

（内訳）物品費： 16,339円

謝金： 0円

学会等参加費： 5,130円

旅費： 94,400円

その他： 0円

本研究は、看護師に係る特定行為研修で特定行為基礎実習Ⅱを受講した研修生のチーム医療の学びを明らかにすることを目的とした。他職種との協働や連携などチーム医療に関する最新の研究動向や新たな知見を得るため、第13回日本ルーラルナーシング学会学術集会（平成30年11月3日開催）に参加した。

ここで得た知見を含め、研修生がチーム医療についてどのようなことを学び、どのように実践で活用しているのかについて参加者5名に対して約2時間のグループインタビューを1回行い、録音テープから逐語録を作成した。研修生がチーム医療についてどのようなことを学び、実践でどのように活用しているのかについて語っている箇所を抽出し、それらの類似性にしたがって帰納的に分類、カテゴリー化して質的に分析する予定である。

研究課題：特定行為に係る看護師の研修に関する  
修了生所属施設での受講ニーズ調査

共同研究組織：

研究代表者 八木街子

共同研究者

教授 村上礼子

助教 鈴木美津枝

附属病院看護部 看護副部長 渡井 恵

さいたま医療センター看護部

看護副部長 菅野一枝

執行した研究費総額：

113,220円（配当額：197,000円）

（内訳）物品費： 48,870円

謝金： 0円

学会等参加費： 64,350円

旅費： 0円

その他： 0円

本研究では、自治医科大学看護師特定行為研修センターの修了生の所属施設14施設に勤務する看護職のべ4000人に対して、研修周知用パンフレットを配布し、その内容に対する理解や希望について調査・分析を行った。その結果、施設区分を問わず60%以上が特定行為研修を知っており、40%以上が関心をもったと回答した。協力施設での実習については55%以上が魅力を感じていた。先行研究（八木ら、2017）と比較し、関心に関しては2倍程度上昇していたものの、周知度には変化がなく、周知活動は不足しているといえる。また、受講を希望する特定行為区分に関しては、「創傷管理関連」「動脈血液ガス関連」が施設規模を問わず希望が多いことも明らかになった。その他に、施設規模による受講希望科目の違いも明らかになった。

本研究の結果は、看護展望43(11)（2018年9月号）に掲載され、第38回看護科学学会学術集会以て口演を行った。

研究課題：看護学生が授業の感想を記述・表出する教育的意義：文献的考察

共同研究組織：

研究代表者 看護学部講師 石井慎一郎

共同研究者

佐野厚生農業協同組合連合会

佐野厚生総合病院看護部 竹澤将也

看護学部准教授 田村敦子

看護学部講師 島田裕子, 清水みどり,

古島幸江, 望月明見

看護学部助教 湯山美杉, 富川明子, 佐藤貴紀

執行した研究費総額：

87,971円（配当額：89,000円）

（内訳）物品費： 20,491円

謝金： 0円

学会等参加費： 66,640円

旅費： 0円

その他：840円（文献複写代）

本研究は、学習者が授業の[感想]を記述・表出することの教育的な意義を明らかにすることを目的とし、文献検討を行った。J-Stageと医学中央雑誌をデータベースに＜授業の感想＞、＜実習の感想＞、＜学習者の感想＞を含む国内の文献を対象とした。分析は、申請時、概念分析（Rodgers & Knafl 2000）を予定したが、想定していた以上に対象文献が見当たらず、KJ法（川喜田 1986）へと変更した。その結果、文献58件から、学生にとっては「教員のフィードバックによる学習への励み」、教員にとっては「学生の授業の理解度やつまずきを知る」、双方にとっては「共有による授業の深化」が示唆された。しかし、先行研究は既に記述させた[感想]を分析した論文が大半であり、そもそも[感想]を記述させる意図が明確ではなかった。今後は、教育心理学や学習意欲論などを含む国内外の文献検討が課題である。

結果の一部は、日本情動学会第8回大会（広島）で発表した。

研究課題：看護専門職への移行期にある看護学部  
高学年生および新人看護師の看護実践  
能力向上に向けた文献研究

共同研究組織：

研究代表者 看護学部基礎看護学  
助教 湯山美杉

共同研究者

看護学部基礎看護学 教授 本田芳香  
看護学部基礎看護学 講師 福田順子  
看護学部看護基礎科学 講師 関山友子  
附属病院看護部教育担当  
看護副部長（臨地准教授） 亀田美智子  
附属病院看護部中央手術部  
看護師長（臨地講師） 高久美子

執行した研究費総額：

42,232円（配当額：57,000円）

（内訳）物品費：	24,812円
謝金：	0円
学会等参加費：	17,420円
旅費：	0円
その他：	0円

2004年から2019年までに発表された新人看護師もしくは看護学部高学年生の「看護実践能力」に関する研究を医学中央雑誌web.Ver.5で検索した。「看護実践能力育成」97件、「看護実践能力の向上」93件、「看護実践能力評価」29件が抽出され、その中から、タイトル、抄録内容より新人看護師または看護学部高学年生の看護実践能力に関する研究3文献、および看護実践能力に関する国外文献のレビュー文献1文献を抽出、精読し、明らかにされた知見と残された課題を整理した。結果、看護大学生の看護実践能力については、フィジカルアセスメントおよび日常生活援助技術達成度の卒業時評価（深田ら,2009）や「看護の計画的な展開能力」の測定尺度の開発（今井ら,2017）がなされていた。新人看護師については、看護実践の質向上のための職場の支援体制の構造化（道廣ら,2007）が明らかにされていた。国外文献のレビューでは、看護実践能力の概念（高瀬ら,2011）についてまとめられており、看護実践能力とは、単に、一定の環境で技術が実施できればよいものではなく、獲得した技術や知識、態度や思考力、価値観といったものも含まれることがわ

かった（高瀬ら,2011）。以上のことから、看護専門職への移行期にある看護職の看護実践能力向上のためには、臨床の異なる状況下でも応用できる移行力（transferability）を育成できる取り組みについて、更なる検討が必要であることが明らかとなった。

研究課題：看護学生の自己決定型学習を促進する  
学習環境の構築：ラボ室運営に関する  
探索的研究

共同研究組織：

研究代表者 古島幸江（自治医科大学看護学部  
講師）

共同研究者

渡邊賢治（自治医科大学看護学部助教）

八木街子（自治医科大学看護学部講師）

鹿野浩子（自治医科大学看護学部講師）

笠野佳代子（自治医科大学附属病院2E病棟  
看護師長）

執行した研究費総額：

78,525円\*（配当額：239,000円）

（内訳）物品費：	71,525円
謝金：	7,000円
学会等参加費：	0円
旅費：	0円
その他：	0円

主体性を育む自己学習能力の向上が期待できる「ひらかれた」スキルズラボ室（以下ラボ室）運営への示唆を得る目的で、A大学看護学部生を対象に看護学生の自己決定型学習準備性の測定に有用なSDLRSNE（Directed Learning Readiness Scale for Nursing Education）日本語版（Fisherら2010、大山ら2015）とラボ室の使用状況、学習ニーズに関する自記式調査を実施した。結果、114名から回答を得た（回収率27%）。日本語版SDLRSNE平均値は146（SD39.56）点で、最大値184点、最小値83点であった。ラボ室の使用率は46%で、日本語版SDLRSNEの平均値が優位に高かった1年生の使用率は100%であった。自由記載では「勝手に触ってはいけない」「気軽には行けない」等の【アクセスのしにくさ】や「一人で行っても仕方がない」「先生に質問できるとよい」等の【自己学習支援に対するニーズ】等が抽出された。今後は学年毎の自己決定型学習準備性の特徴と関連要因を分析し、看護学生の自己決定型学習を促進する学習環境の構築について検討していく。

研究課題：**地域包括ケアシステムにおいて協働する住民の地域特性別発掘方略及び生活支援コーディネーターの活動方法に関する研究**

共同研究組織：

研究代表者 春山早苗

共同研究者

塚本友栄（教授），浜端賢次（准教授），  
関山友子（講師），島田裕子（講師），  
青木さぎ里（講師），江角伸吾（講師），  
土谷ちひろ（助教），横山絢香（助教），  
鳥居みゆき，朝川美也子，  
江連正子（下野市保健師）  
鈴木祐孝，井上永子，  
隅谷サヨ子（下野市生活支援コーディネーター）

執行した研究費総額：

446,010円（配当額：449,000円）

（内訳）物品費：	258,812円
謝金：	0円
学会等参加費：	48,850円
旅費：	0円
その他：	138,348円
（その他：生活実態調査質問紙印刷代 138,348円）	

2018年7月～12月に，下野市の地域特性の異なる6行政区に住む成人（40～64歳）646人と高齢者（65歳以上）546人を対象に，健康・生活状況及び交流や社会参加等に関する調査を行った。回収数（率）は成人が474人（73.4%），高齢者が493人（90.3%）であった。調査及び5行政区で実施した調査結果説明会の結果から，地域包括ケアシステムにおいて協働する住民の地域特性別発掘方略及び生活支援コーディネーターの活動方法を検討した。

また，2018年8月12日に日本地域看護学会第21回学術集会にて「生活支援コーディネーター・行政・大学の協働による住民の支え合い体制構築を促進する方法の検討」を発表するとともに，地域包括ケアシステムや介護予防体制の構築に関する意見交換や情報収集を行った。

研究課題：介護施設看護職を対象とした口腔ケア  
および摂食嚥下に関するスキルアップ  
プログラムの作成

共同研究組織：

研究代表者 講師 清水みどり

共同研究者

准教授 川上 勝

自治医科大学附属病院 摂食・嚥下障害認定

看護師 戸田浩司

自治医科大学附属病院 歯科口腔外科

歯科衛生士 若林宜江

執行した研究費総額：

74,934円（配当額：125,000円）

（内訳）物品費：	38,416円
謝金：	5,568円
学会等参加費：	27,000円
旅費：	3,950円
その他：	0円

1. 学習課題と支援ニーズ、支援方略の抽出

研修センターを持つ2法人の研修企画者と施設長にヒアリングを行った。研修内容は、摂食嚥下のメカニズムとアセスメント、食事介助方法と誤嚥窒息時の対応、口腔機能訓練の方法、口腔ケアの方法、OJTでの個別指導で、学習課題及び支援ニーズは、個別を考慮した力量形成支援とチームマネジメント力の向上であった。支援方略として多職種での集合研修とプログラム開発の必要性が示唆された。

2. 口腔ケア支援用具の要求仕様とデザインの決定及び試作

ベッド柵に着脱可能な口腔ケア用カップホルダーを考案した。ステンレス製とアルミ製、2穴・3穴・四角のホルダーの3タイプを試作し、市販のLEDライト付きスポンジブラシと合わせヒアリングを行った。

その結果、口腔ケアは洗面所で行いカップホルダーの必要性がなく、介護保険では介護用品は施設側の費用負担で、スキルアッププログラムに介護用品の活用を入れる際には費用の検討が必要と考える。

研究課題：学内看護演習における臨床指導者の関わりによる教育的効果の検討

共同研究組織：

研究代表者 看護学部成人看護学

講師 中野真理子

共同研究者

看護学部成人看護学 助教 古島幸恵

看護学部成人看護学 教授 中村美鈴

看護学部成人看護学 助教 佐々木彩加

看護学部成人看護学 准教授 佐藤幹代

看護学部成人看護学 講師 長谷川直人

附属病院看護部 師長 渡辺道子

附属病院看護部 師長 小畑美加子

発表学会名

日本看護学教育学会 第28回 学術集会

学会等参加費：37,680円

(経費区分)

学会参加費： 12,000円

旅費： 25,680円

参加者名：中野真理子 佐々木彩加

研究課題：看護学生の情動知能と他者とのかかわりに関する縦断調査

共同研究組織：

研究代表者 石井慎一郎

共同研究者

自治医科大学看護学部助教 路川達阿起

佐野厚生農業協同組合連合会佐野厚生総合病院

看護部長 松島久美子

社会福祉法人ブローニュの森

サービス管理責任者 玉生浩子

発表学会名

開催地日本感情心理学会第26回大会

平成30年11月10日（金）～11月11日（日）

計2日間

東洋大学白山キャンパス

〒112-8606 東京都文京区白山5丁目28-20

学会等参加費：13,870円

（経費区分）

学会参加費： 6,130円

旅費： 7,740円

参加者名：石井慎一郎

研究課題： **地域包括ケアシステムにおいて協働する住民の地域特性別発掘方略及び生活支援コーディネーターの活動方法に関する研究**

共同研究組織：

研究代表者 鈴木久美子 准教授

(平成31年3月31日付退職)

代理申請責任者 春山早苗 教授

共同研究者

春山早苗 (教授), 塚本友栄 (教授),  
浜端賢次 (准教授), 島田裕子 (講師),  
青木さぎぎ里 (助教), 江角伸吾 (助教),  
土谷ちひろ (助教) ※職名は申請当時の役職  
鳥居みゆき, 朝川美也子, 江連正子,  
早乙女美奈子 (下野市保健師)  
鈴木祐孝, 小島恒夫, 井上永子, 隅谷サヨ子  
(下野市生活支援コーディネーター地域支え合い  
推進員)

発表学会名

日本地域看護学会第21回学術集会

学会等参加費：110,680円

(経費区分)

学会参加費：9,500円×2名=19,000円

旅費：52,320円+39,360円=91,680円

参加者名：春山早苗, 土谷ちひろ (発表)

# 平成30年度地域ケア実践開発事業報告

## 平成30年度地域ケア実践開発事業報告

自治医科大学看護学部 研究補助員  
柳 千秋 保科 典子 直井 智江

### I. はじめに

本学大学院看護学研究科では、平成25年度から29年度まで文部科学省の私立大学戦略的研究基盤形成支援事業の補助金を得て、日本型地域ケア実践開発研究事業に取り組んできた。この事業の目的は、山村や離島を含む地域の実践現場で働く看護師がチーム医療・チームケアのなかでより一層機能していくために、さらには地域ケアのリーダーとなり得るために卓越した地域ケアスキルを獲得するためのトレーニングプログラム及び教育・支援システムを開発することであった。

わが国は医師の負担増大と地域医療崩壊の危機に直面しており、チーム医療の推進と看護師の役割拡大への期待が高まっている。このような現状において、本事業により、地域ケアを担う人材育成から教育・支援システムの構築まで日本型地域ケア実践の研究基盤を形成することは、地域医療の向上・発展への寄与を理念としている本学の役割といえる。また、キュアとケアを統合し地域ケアのリーダーとなり得る看護師を養成し、地域特性や社会資源の相違があっても地域ケアスキルを獲得した看護師の定着・資質向上が持続されるようにするための日本型地域ケア実践の開発は、学術的・社会的に重要かつ必要性の高いものである。

このような状況から、支援事業が終了した平成30年度からは当大学看護学部の地域ケア実践開発事業として、地域ケアスキル・トレーニングプログラムのさらなる精錬と地域医療に従事する看護職への寄与を目指し、事業を継続実施している。

### II. 実施方法

平成30年度の実施体制を表1に示す。

本年度は、平成29年度までに作成した地域ケアスキル・トレーニングプログラムを修整し、実施した。まず、e-ラーニングによる5科目（急性期、終末期、認知症、退院支援・調整と多職種連

携、看護研究）をベーシック・プログラムとし、全7回のeラーニングによる教育内容を週に1回ずつ、LMS（learning Management System）であるMoodle上で配信した。

また、このプログラムの修了者を対象とした演習5科目（急性期、終末期、認知症、退院支援・調整と多職種連携、看護研究）をフォローアップ・プログラムとして、本学での集合研修を実施した。

さらに、フォローアップ・プログラム修了者のフォローを目的として、Moodleによるサポート・プログラムを受講後2年間、継続して利用できるようにしている。

各科目の概要・担当者を表2に示す。

受講者のリクルート方法は、前年度までと同様にリーフレットと参加申込書をへき地医療診療所833か所、へき地医療拠点病院277か所、栃木県医療機関109か所、北関東圏内の訪問看護ステーション211か所、これまでの受講者の所属施設27か所の計1457施設へ郵送し、6月11日～7月9日までを応募期間とした。

### III. 実施結果

応募状況を表3に示す。応募者総数はベーシック・プログラム実数64名、フォローアップ・プログラムは実数11名であり、選定者数はベーシック・プログラム実数54名、フォローアップ・プログラムは全員とした。

受講者の所在地、科目別受講者数を表4-1（ベーシック・プログラム）と表4-2（フォローアップ・プログラム）に示す。ベーシック・プログラムは、北海道から沖縄まで20都道県に所在する、へき地医療診療所19か所、へき地医療拠点病院13か所、その他診療所2か所、その他の病院2か所、計40施設に所属する看護師が受講者した。また、フォローアップ・プログラムは、6県に所在する、へき地医療診療所2か所、へき地医

療拠点病院5か所、訪問看護ステーション2か所に所属する看護師が受講した。

ベーシック・プログラムとフォローアップ・プログラムそれぞれの科目別受講者所属施設分類を図1に示す。

受講者の職位、年齢区分、看護師以外の保有資格及び実務経験年数について、表5-1～5-4に示す。受講者の職位は、スタッフが61%で最も多く、次いで主任21%であった。受講者の平均年齢は42.5歳であり、40歳以上50歳未満が30%で最も多かった。保有資格は、ケアマネージャー8名、保健師4名、助産師4名のほか、認定士（透析・呼吸療法）がそれぞれ1名ずつ、糖尿病療養指導士が1名であった。実務経験は、15年以上20年未満が26%と最も多く、次いで20年以上25年未満、10年以上15年未満の順で、併せて全体の70%を占めていた。

各科目の受講者数と修了者数を図2に示す。ベーシック・プログラムの受講者に対する修了者数（修了率）は、急性期17名中16名（94.1%）、終末期14名全員（100%）、認知症14名中13名（92.8%）、退院支援・調整と多職種連携15名全員（100%）、看護研究6名中5名（83.3%）で、全体では延べ66名中63名（95.4%）であった。実数54名の受講者のうち、4名は前年度からの継続受講者であった。フォローアップ・プログラムの受講者は、昨年度の16名から9名と減少した。これは昨年度までは本学までの交通費を補助していたが、本年度より自費となったことが影響していると考えられる。しかし、県内だけではなく、遠方の県からの受講者もいた。

ベーシック・プログラムの科目毎の実施状況と評価を表6-1～6-5に、フォローアップ・プログラムの科目毎の実施状況と評価を表7-1～7-4に示す。

#### IV. おわりに

文部科学省の私立大学戦略的研究基盤形成支援事業が終了し、平成30年度からは看護学部の地域ケア実践開発事業として実施することとなったが、ベーシック・プログラムは昨年度と同様に50名以上の受講者がおり、本トレーニングプログラムに対するニーズは恵贈しているといえる。

平成30年度地域ケア実践開発事業報告

表1 平成30年度 実施体制

自治医科大学看護師特定行為研修センター 副センター長 看護学部長 教授 春山早苗  
 地域ケア実践開発事業 責任者 看護学部長 教授 春山早苗 副責任者 教授 本田芳香

★委員長 ☆副委員長 H30年4月時

プログラム全体管理 教授 春山 早苗 教授 本田 芳香 教授 小原 泉 教授 永井 優子 教授 村上 礼子 准教授 里光 やよい	
企画委員会 事業方針の検討・決定、事業の進行管理	
地域ケアトレーニングプログラムの実施	
プログラム改善委員会	プログラム評価委員会
看護学部 教授 ★春山早苗 教授 ☆半澤節子  ■高齢者看護2・3の見直し、関係機関への相談、 次年度開講準備担当  看護学部 教授 成田伸 准教授 佐藤幹代 講師 青木さざり 講師 江角伸吾 助教 土谷ちひろ 助教 富川明子 助教 横山絢香	看護学部 教授 ★本田芳香 教授 ☆横山由美  ■学習到達度以外のプログラム評価と次年度改善内容の検 討担当  看護学部 教授 塚本友栄 教授 野々山未希子 講師 島田裕子 講師 中野真理子 助教 小西克恵 助教 佐藤貴紀
サポートプログラム委員会	模擬患者育成等委員会
看護学部 教授 ★小原泉 准教授 ☆田村敦子  ■サポートプログラムの評価とそれに基づく次年度改 善内容の検討  看護学部 教授 大塚公一郎 講師 望月明見 助教 北守美佳 助教 佐々木彩加	看護学部 准教授 ★里光やよい 准教授 ☆浜端賢次  ■模擬患者の育成、活用に関すること  看護学部 准教授 平尾温司 講師 福田順子 講師 清水みどり 助教 湯山美杉 助教 高山温子
地域ケアトレーニングシステムの運営	
広報・リクルート委員会	システム委員会
看護学部 教授 ★永井優子 准教授 ☆長谷川直人  ■広報活動、受講者のリクルート、HP 等に関すること  看護学部 准教授 倉科智行 講師 鹿野浩子 講師 藤巻郁朗 助教 石井容子 助教 手塚園江	看護学部 教授 ★村上礼子 准教授 ☆川上勝  ■eラーニングの運用、受講のオリエンテーション担当 ■学習内容以外の学習前後の受講者への支援、トレーニ ングシステムの評価  看護学部 准教授 角川志穂 講師 石井慎一郎 講師 関山友子 講師 古島幸江 助教 鈴木美津枝 講師 八木街子 助教 渡邊賢治
事業補助 (看護職) 柳千秋 保科典子 直井智江	

表2 自治医科大学看護学部 平成30年度 地域ケア実践開発事業  
 -地域ケアスキル・トレーニングプログラム-担当者

研究代表者兼教育・支援システム関連責任者 看護学部長 春山 早苗  
 トレーニングプログラム関連責任者 看護学部 教授 本田 芳香 ○責任者

プログラム名	科目名	概要	教育方法	回または時間	科目担当者
ベーシック・プログラム	高齢者看護1(急性期)	地域に住む高齢者の救急場面において、日常的に遭遇しやすい症状の初期アセスメントと初期対応、医師との協働・連携のあり方、さらに家族への対応を含めた看護について実践的な学びを深める	eラーニング	7回	○講師 中野 真理子 講師 藤巻 郁朗 講師 古島 幸江 助教 小西 克恵
	高齢者看護2(終末期)	在宅で終末期を迎える高齢者とその家族の支援に必要な知識について、日本の終末期ケアの現状や倫理的課題から、家族支援やチームケアまで、幅広い学習	eラーニング	7回	○講師 江角 伸吾 講師 青木 さざり 助教 土谷 ちひろ 助教 横山 絢香
	高齢者看護3(認知症)	適切な看護援助ができるよう、認知症の人の内的体験、症状とアセスメント、認知症を引き起こす疾患、早期診断の重要性と薬物治療、日常生活の援助、家族の思いや生活の変化、認知症予防と政策動向について実践的な学びを深める	eラーニング	7回	○教授 半澤節子 教授 成田 伸 准教授 佐藤幹代 助教 富川 明子
	退院支援・調整と多職種連携	多職種と連携した効果的な退院支援・調整に必要なスキルと知識「退院支援の流れ」「欠かすことのできない要素」等、基本的な知識の習得を目標とした科目	eラーニング	7回	○教授 塚本 友栄 准教授 角川 志穂 講師 島田 裕子 助教 佐藤貴紀
	看護研究	看護研究を進めていくための基本的な内容を理解し、研究計画を立案できることまでを目標とした科目。実践現場ではほぼ初めて看護研究に取り組むような方を対象としている。看護実践現場の課題解決に向けた研究の問いを立てることから始める。	eラーニング	7回	○教授 春山 早苗 教授 小原 泉 教授 塚本 友栄 教授 半澤 節子 准教授 川上 勝 講師 望月 明見
フォローアップ・プログラム	高齢者看護演習1(急性期)	ベーシック・プログラムの学習内容を踏まえ、高齢者の異変において実際に意識レベル、呼吸・循環の確認、家族への対応などシミュレータを使った体験学習と振り返りを通して、実践的に学びを統合する演習科目	集合演習	3~4時間	○講師 中野 真理子 講師 藤巻 郁朗 講師 古島 幸江 助教 小西 克恵
	高齢者看護演習2(終末期)	ベーシック・プログラムの学習内容を踏まえ、エンディングノートの活用等、より良い最期を迎えるための地域における看護活動のあり方について考える	集合演習	3~4時間	講師 江角 伸吾 ○講師 青木 さざり 助教 土谷 ちひろ 助教 横山 絢香
	高齢者看護演習3(認知症)	ウェブ上にある認知症をもつ人とその家族の語りの映像を受講前に閲覧する事前学習課題あり。現場で対応困難な事例も踏まえ、体験の共有と看護支援について討議し、看護実践能力を養うことを目指す	集合演習	3~4時間	教授 半澤 節子 教授 成田 伸 ○准教授 佐藤 幹代 助教 富川 明子
	退院支援・調整と多職種連携演習	退院前カンファレンスを企画・運営するロールプレイを通して、退院支援・調整において患者、家族、多職種と連携していくための実践能力を養うとともに、看護職の役割と連携のあり方について考える	集合演習	3~4時間	教授 塚本 友栄 ○准教授 角川 志穂 講師 島田 裕子 助教 佐藤 貴紀
	看護研究フォローアップ研修	研究計画の立案から研究の実施、結果のまとめ・発表までを個別で概ね3回受講者の都合に合わせて、対面またはeメールにより支援。ベーシック・プログラムで立案した研究計画に取り組むことを推奨する	対面又はeメールによる個別指導	3回程度	○教授 春山 早苗 教授 小原 泉 教授 塚本 友栄 教授 半澤 節子 准教授 川上 勝 講師 望月 明見

表3 平成30年度 応募状況

ベーシック・プログラム

施設種別		高齢者看護1 (急性期)	高齢者看護2 (終末期)	高齢者看護3 (認知症)	退院支援・ 調整と多職種 連携	看護研究 I
へき地診療所	応募者数	11	6	10	6	2
	選定数	10	6	6	3	2
へき地医療拠点 病院	応募者数	6	4	2	15	3
	選定数	4	4	2	12	3
その他の診療所	応募者数	2	0	0	0	0
	選定数	2	0	0	0	0
その他の病院	応募者数	2	0	2	3	1
	選定数	1	0	1	0	1
訪問看護ステー ション	応募者数	3	4	6	1	0
	選定数	0	4	5	0	0
合計	応募者数	24	14	20	25	6
	選定数	17	14	14	15	6

フォローアップ・プログラム

施設種別		高齢者看護演 習1 (急性期)	高齢者看護演 習2 (終末期)	高齢者看護演 習3 (認知症)	退院支援・ 調整と多職種 連携演習	看護研究フォ ローアップ研 修
へき地診療所	応募者数	1	0	1	0	1
	選定数	1	0	1	0	1
へき地医療拠点 病院	応募者数	1	2	1	4	0
	選定数	1	2	1	4	0
その他の診療所	応募者数	0	0	0	0	0
	選定数	0	0	0	0	0
その他の病院	応募者数	0	0	0	0	0
	選定数	0	0	0	0	0
訪問看護ステー ション	応募者数	0	2	1	0	0
	選定数	0	2	1	0	0
合計	応募者数	2	4	3	4	1
	選定数	2	4	3	4	1

表4-1 平成30年度 所属科目別の受講人数

ベーシック・プログラム

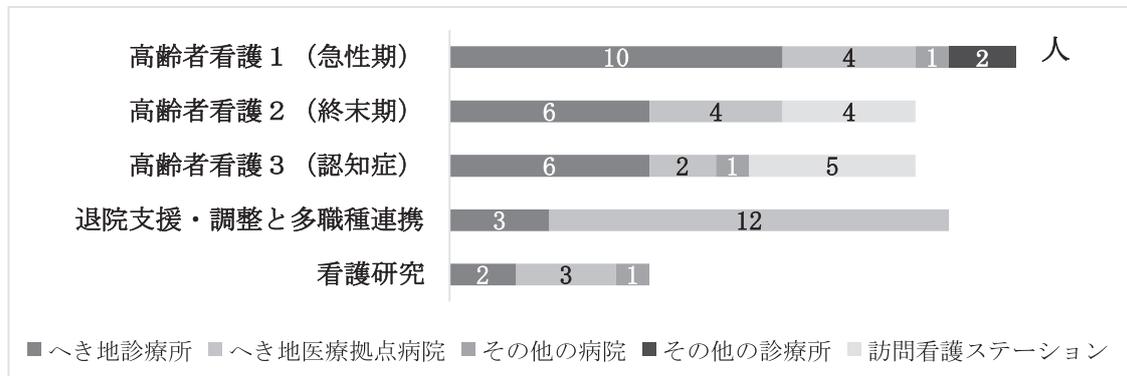
	所属名	所在地	人数	高齢者看護1 (急性期)	高齢者看護2 (終末期)	高齢者看護3 (認知症)	退院支援・ 調整と多職 種連携	看護研究
へき地診療所	A	北海道	1				1	
	B	岩手県	1		1	1	1	
	C	東京都	1	1				
	D	岐阜県	1			1		
	E		1	1				
	F		2	1		1		
	G		1	1				
	H	滋賀県	1		1			
	I	兵庫県	1	1				
	J	山口県	1	1				
	K		1			1		
	L	香川県	1		1			
	M	愛媛県	1	1				
	N		1		1			
	O	高知県	1			1		
	P	熊本県	1	1				
	Q	鹿児島県	2	1			1	
R	沖縄県	1		1	1		1	
S		1	1	1			1	
小計	19施設	13都道県	21	10	6	6	3	2
拠点病院	T	栃木県	1				1	
	U		4		1		4	
	V	岐阜県	1		1	1		1
	W		1				1	
	X	三重県	1				1	
	Y	兵庫県	2				2	
	Z	広島県	1					1
	AA	広島県	3	1	1	1	1	
	AB	徳島県	1				1	
	AC	香川県	2	2				
	AD		2		1			1
	AE	鹿児島県	1	1				
AF	1					1		
小計	13施設	8県	21	4	4	2	12	3
療他所診の	AG	山形県	1	1				
	AH	滋賀県	1	1				
小計	2施設	2県	2	2	0	0	0	0
病他所院の	AI	栃木県	1					1
	AJ	東京都	2	1		1		
小計	2施設	2県	3	1	0	1	0	1
テ訪問 シ看護 ヨンス	AK	茨城県	3		1	2		
	AL	栃木県	2		2	1		
	AM		1		1	1		
	AN	群馬県	1			1		
小計	4施設	3県	7	0	4	5	0	0
合計	40施設	20都道県	54	17	14	14	15	6

表4-2 平成30年度 所属科目別の受講人数

フォローアップ・プログラム

	所属名	所在地	人数	高齢者看護演習1(急性期)	高齢者看護演習2(終末期)	高齢者看護演習3(認知症)	退院支援・調整と多職種連携演習	看護研究フォローアップ研修
診へき療所地	E	岐阜県	1			1		
	Q	鹿児島県	1	1				
小計	2施設	2県	2	1	0	1	0	0
へき地医療拠点病院	U	栃木県	1				1	
	V	岐阜県	1		1	1		
	X	三重県	1				1	
	AB	徳島県	1				1	
	AC	香川県	1	1				
小計	5施設	5県	5	1	1	1	3	0
訪問看護ステーション	AL	栃木県	1		1			
	AM		1			1		
小計	2施設	1県	2	0	1	1	0	0
合計	9施設	6県	9	2	2	3	3	0

ベーシック・プログラム



フォローアップ・プログラム

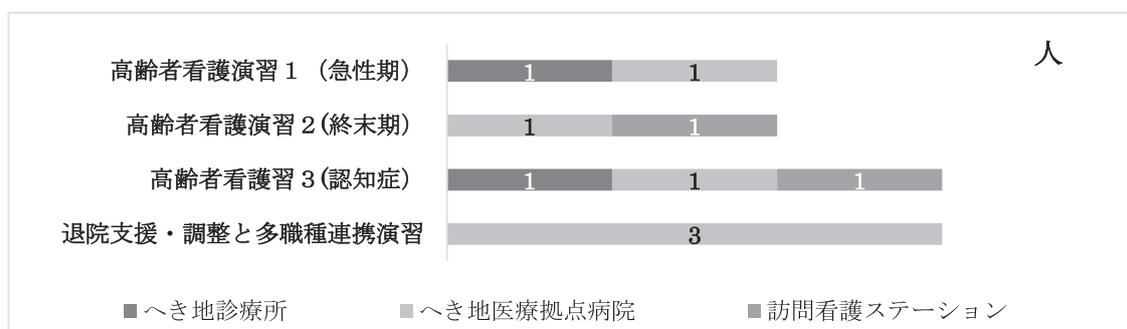


図1 平成30年度 各科目受講者所属施設分類

表5-1 職位別人数について

職位別	人数
師長	4
所長	1
看護副部長	1
管理者	1
係長	1
スタッフ	33
次長	1
主任	12
計	54

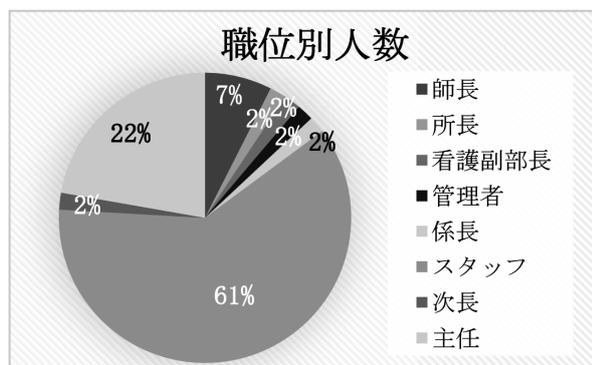


表5-2 年齢区分について

年齢区分別	人数
25歳以上-30歳未満	6
30歳以上-35歳未満	2
35歳以上-40歳未満	9
40歳以上-45歳未満	16
45歳以上-50歳未満	10
50歳以上-55歳未満	6
55歳以上	5
計	54

受講者の平均年齢は42.5歳であった

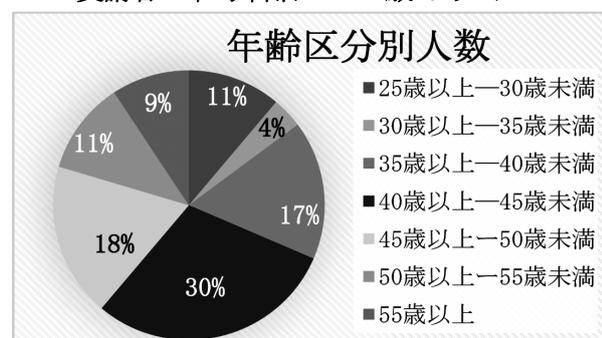


表5-3 看護師以外の保有資格について

看護師以外の保有資格	人数
保健師	4
透析技術認定士	1
糖尿病療養指導士	2
3学会合同呼吸療法認定士	1
助産師	4
ケアマネージャー	8

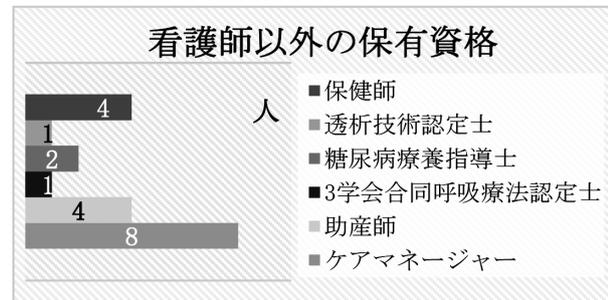
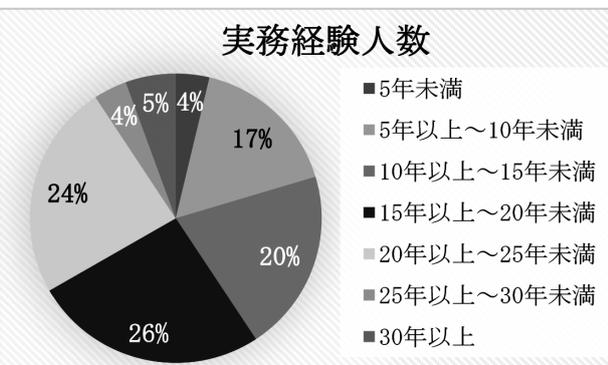
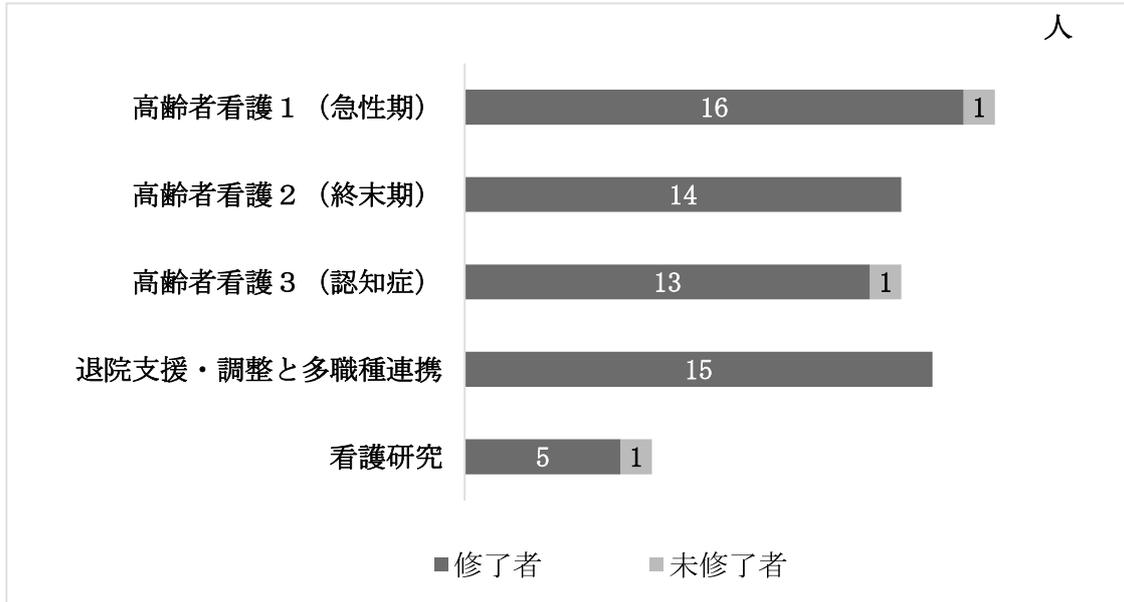


表5-4 実務経験年数

実務経験年数	人数
5年未満	2
5年以上~10年未満	9
10年以上~15年未満	11
15年以上~20年未満	14
20年以上~25年未満	13
25年以上~30年未満	2
30年以上	3
計	54



ベーシック・プログラム



フォローアップ・プログラム

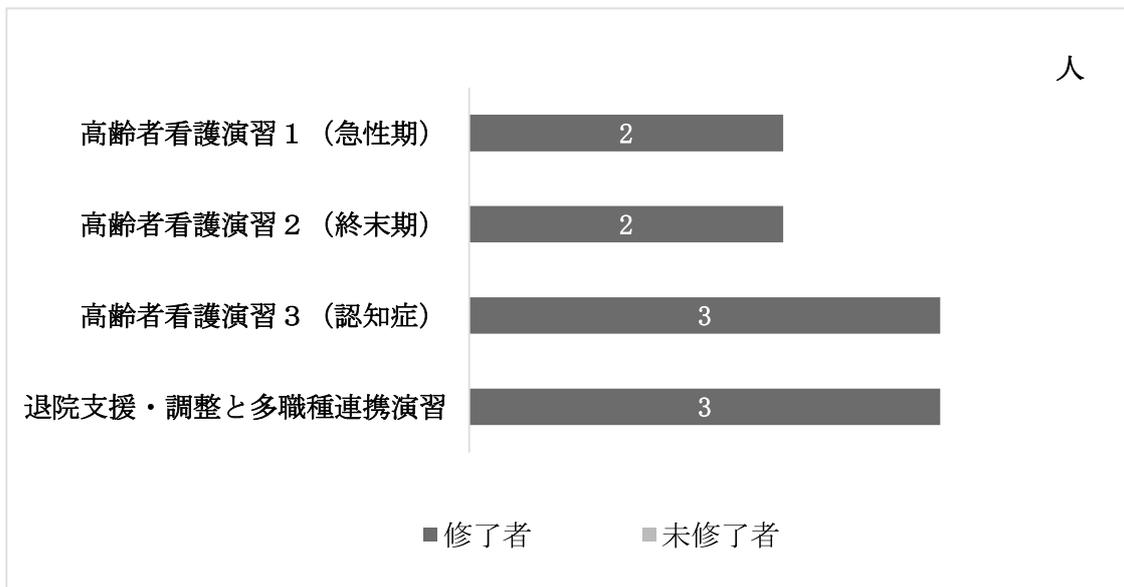


図2 各科目受講者数と修了者数

表6-1 高齢者看護1 (急性期) 実施状況と評価

科目名	高齢者看護1 (急性期)
担当者	講師 中野 真理子 藤巻 郁朗 古島 幸江 助教 小西 克恵
教育内容	30年度も変更はなく、これまでの教育内容を踏襲して実施した。教育内容は、高齢者における急性期の特徴、事故が疑われる場合の看護実践、高齢者の水分・電解質異常が疑われる場合の看護実践、高齢者に疼痛がある場合の看護実践、高齢者の呼吸不全が疑われる場合の看護実践、高齢者に意識障害が疑われる場合の看護実践など、さらに「高齢者救急においてよく見られる事例展開」のレポート課題を加え、それらの知識を総動員したうえで統合できるような学習内容とした。
教育方法	これまで通り、教育方法はeラーニングとした。全7回のeラーニング講義のうち、6回は、学習課題に対するオリジナルの教材と、その都度、受講後の小テストでは、満点を取得できるまで小テストを積み重ねる方法で知識の定着を図れるよう工夫した。小テストは、選択問題や記述問題など、さまざまな問題形式で問い、それまでの学習した内容の範囲から出題した。最終回はそれまでの学習を統合する目的で「経験した高齢者の急性期に関する事例展開」とした。
学習支援方法	受講者17名中、修了者は16名(94%)であった。開始時に担当者の写真入り応援メッセージとオリジナルの進捗確認表をアップした。半数以上の受講生が進捗確認表を活用し、小テストの合格が目に見えモチベーション維持に効果的だったと考える。 受講状況に応じて、3連休を利用して受講を進めることや、学習計画を見直しコントロール感覚をもって進めるよう促すメッセージをフォーラムに配信した。受講生からのeラーニングの小テストに関する質問に対して、概ね3日以内に説明文と根拠となる引用参考文献を記載し返信した。課題レポートは、合格に満たない場合のみ、添削しアドバイスと共に、1週間程度の余裕をとり再提出を求めた。4名の再提出が必要な受講生、全員から再提出があり、合格に達している。限られた時間の中での再提出を考慮して看護実践には共感を示し、必要な加筆・修正の内容を明確に伝えたことは効果的だったと考える。
受講者の反応	昨年度と比較し修了生の割合が52%から94%を増加したことは、学生の熱心さに起因するところが多いが、モチベーションを維持するよう試みた学習支援や丁寧な質問への回答が効果的だったと考える。今回、小テストをすべて合格後に提出というルールを守れなかった受講生は1名にとどまり、評価基準(ルーブリック)に評価判定の例を記載し、修了要件への理解を図った効果と考える。
今後の課題	今後も学習支援を継続することでモチベーションの維持に寄与すると考える。 受講生の質問に対して、学習者の相互作用による学習の深化を目的としてフォーラムにおいて受講生同士でのディスカッションを促す働きかけをするのが良いのではないかと考える。その際には、質問に対する回答は質問から1週間を目安に教員側が責任を持って行う必要がある。 現在の第6回までの小テストは、到達目標ごとのテストとなっておらずルーブリックとズレが生じている。同様に、課題レポートの評価項目にもズレが生じている。第7回の課題レポート提出の条件は、すべての小テストで満点をとることであり、その時点で到達目標1.2.3.は達成できているため、ルーブリックによる最終評価は課題レポートだけの評価でも良いのではないかと考える。 その際、最終評価としてのレポートの課題は、現行の看護実践の振り返りだけではなく、eラーニングでの学びを活かして事例に対して再度アセスメントをするような課題の設定、書式の変更などを行うことが必要とある。事例をまとめるなどの機会が少ない受講生にとって1回だけの提出で優評価となることは難しい状況である。そのためレポートは2回までの提出を可能とするかどうか、再提出の評価は全員可となるかなども検討する必要がある。

表6-2 高齢者看護2（終末期）実施状況と評価

科目名	高齢者看護2（終末期）
担当者	講師 江角 伸吾 講師 青木 さぎ里 助教 土谷 ちひろ 助教 横山 絢香
教育内容	<p>本科目は、「在宅における終末期ケアの展開方法を学ぶ」を目的とし、全7回の構成とした。</p> <p>7回の内容は、①在宅における終末期ケアの特徴、②在宅での終末期ケアにおける倫理、③終末期における諸症状とそのアセスメント、④終末期における疼痛と緩和ケア、⑤終末期におけるチームケアを設定した。第6回は第5回までの内容をふまえて、事例による高齢者と家族への支援方法の検討とし、臨死期の患者およびその家族への援助について考えを問う課題を設定した。第7回目は、終末期においては主治医や看護職および他職種がそれぞれの役割を意識して療養者・家族を支えていく必要があることから、在宅緩和ケア医の対面授業を設定した。</p>
教育方法	<p>教育方法は主にeラーニングとし、自作の映像コンテンツを用いた。第6回の事例検討については、各自が作成したレポートをweb上に提示し、相互に閲覧してコメントする方法を前回同様に継続した。</p> <p>テキストについては、宮下光令、林あゆみ編集「看取りケア プラクティス×エビデンス—今日から活かせる72のエッセンス」（南江堂）を新たに採用した。</p>
学習支援方法	<p>web上のフォーラムに寄せられた受講者の質問に対しては、科目担当者が速やかに対応した。</p> <p>第6回の課題レポートについては、レポート提出期限内では複数名提出が完了しなかったため、事務局及び講師からメッセージを送るなどの対応をした。レポートの閲覧期限を延長することにより、すべての受講者が修了できるよう対応した。</p>
学習到達度	<p>今年度は受講者14名中、修了者14名であった。</p> <p>ルーブリックに記載されている4つの到達目標に沿って、課題レポートから評価を行った。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 在宅における終末期ケアの特徴について理解するは、Aが14名であった。</li> <li>2. 終末期の療養者に対するアセスメントとケアの方法を理解するは、Aが14名であった。</li> <li>3. 在宅での終末期ケアにおける他職種との連携方法を理解するは、Aが14名であった。</li> <li>4. 在宅で死を迎える療養者と家族に対する支援方法を理解するは、Aが14名であった。</li> </ol>
受講者の反応	<p>今年度の受講者は14名で、11名がアンケートに回答をした（78.5%）。</p> <p>評価項目に基づく結果では、「Attention（注意）」の項目全てについて、11人中10人が肯定的に回答していた。「Relevance（関連性）」の項目全てについて、11人全員が肯定的に回答していた。</p> <p>「Confidence（自信）」の項目については、11人中5人が「やや学習が滞った」「学習が滞った」と回答した。また、11人中3人が「あまり自分なりの学習の工夫ができなかった」「学習の工夫ができなかった」と回答していた。「Satisfaction（満足）」の項目全てについて、11人中9人が肯定的に回答していた。しかし、11人中2人については「成果をほとんど認めてもらえなかった」「成果を認めてもらえなかった」と回答していた。</p> <p>自由記載については、「実際に行っていることの根拠が明確となった。」「ガイドライン等の資料が提示されることで、信頼性のある情報を得ることができた。」「学習での知識を基に最終課題の事例を検討することで、十分理解できていなかった項目を再学習することができた。」「ディスカッションでは自分との相違も感じ学びを深められた。」という記載があった。</p>
今後の課題	<p>講義内容については、第7回の対面授業については、次回より遠隔でも視聴できるように視聴用コンテンツとしていく予定である。</p> <p>評価項目に基づく結果での「自信」の項目に該当するような内容を充実させていくことが課題である。</p>

表6-3 高齢者看護3 (認知症) 実施状況と評価

科目名	高齢者看護3 (認知症)
担当者	教授 半澤 節子 成田 伸 准教授 佐藤 幹代 講師 富川 明子
教育内容	<p>本科目は、認知症をもつ人とその家族のケアニーズの理解を深めるとともに、対象者が医療やケアを求めてきた際に対応し、看護判断に基づいた適切な看護援助を実践できる能力を養うことを目的としている。教育内容は、実務経験を有する看護職者であることを考慮し、①認知症をもつ人の内的体験の理解、②認知症の症状とアセスメントの理解、③認知症を引き起こす疾患の理解、④認知症の早期診断の重要性と薬物治療の理解、⑤認知症をもつ人への日常生活の援助の理解、⑥認知症をもつ人の家族の思いや生活の変化の理解、⑦認知症の予防と認知症に関連する政策動向の理解という7つの教育内容を開講した。</p>
教育方法	<p>対象者が就労している看護職者であること、へき地や離島に位置する保健医療施設に従事していることを考慮してe-ラーニングとした。受講者は、各回の講義でパワーポイントの講義資料をパソコン上で参照しながら、指定した映像のコンテンツを視聴し、また、指定した教科書を読み学習することとした。その上で、e-ラーニング上の小テストを受け、知識の習得状況を確認できるようにした。映像コンテンツは、一般向けに視聴できる著作権フリーのものとし、補助教材とした。</p> <p>2018 (平成30) 年度は、前年度に実施した内容を踏襲してコンテンツ等を提供し、引き続き各回の小テストの選択肢には解説等をつけた。また、小テストの未実施、レポートの未提出という状況を最小限にするために、提出日などの周知を徹底し、必要な場合には直接個別にメール連絡をし、多くの受講者が従業しながら必要な課題の提出が可能となるようにした。</p>
学習支援方法	e-ラーニング上のコンテンツ内に担当者と受講生がやり取りできるようフォーラムを設置した。また、受講者より投稿があった場合にはいずれかの担当者が対応し、受講に支障がないよう支援した。
学習到達度	<p>ルーブリックに記載されている学習における具体的な評価基準 (下記1~3) に準じて受講生14名の評価を行った。修了判定基準により判定し、最終的な合格者を決定した。合格者の項目別評価は、①認知症の基礎知識 (病態、診断、予防、治療) や関連する政策動向 (全7回のうち3回分)、②認知症をもつ人への看護ケアの考え方とその実際 (全7回のうち2回分)、③認知症をもつ人とその家族への関わり方 (全7回のうち2回分) について、ほとんどが高評価を得ており、学習到達度としては想定していた基準を概ね達成できていたと評価された。</p>
受講者の反応	<p>授業後のアンケートとして受講者14名のうち12名から回答が得られた。主な意見では、「やりがいのある有益な内容だった」「自らに関係がある内容」「面白かった」「滞りなく学習を進められた」など、概ね高評価であった。</p> <p>自由記載では、たとえば、「ケアを拒否する患者へのかかわりについて理解が深まった」「ユマニチュードの実践で今までとは違った (患者からの) 反応が返ってきたのは驚きだった」「学んだことを実践してみたら患者さんの反応がすぐに表れた」「認知症看護はこれまで自信がなかったが、教材の中の認知症を持つ人と家族の声から内的世界を学び、これまでの間違った知識に気づかされた」「こんなに認知症の人のことを知らなかったのだと感じて恥ずかしくなった」「講義の内容が理解しやすく実践しやすい流れで、今後も活かせるオリジナルのノートができた」「仕事場だけでなく家族にも起こりうることだと思った」「相手の言動から思いを想像して関わることで良好な人間関係を築けるのだと再認識した」など、日頃のケアを振り返り、知識や技術の効果を実感できたという意見が多かった。</p>
今後の課題	<p>評価の高かった患者と家族の生の声から学ぶこと、ケアする人とされる人との絆を大切に、「大切に思っていること」を相手 (患者や家族) に伝える技術に関する内容を今後も引き続き教授していきたい。</p>

表6-4 退院支援・調整と多職種連携 実施状況と評価

科目名	高齢者看護4（退院支援・調整と多職種連携）
担当者	教授 塚本友栄 准教授 角川志穂 講師 島田裕子 助教 佐藤貴紀
教育内容	診療報酬改定に伴い、手元用 PPT 資料に情報を追加した他、コンテンツ変更なし。
教育方法	変更なし。
学習支援方法	<p>30年度 工夫した点と評価</p> <p>1) 受講生間の交流の促し 促しを行い、相互コメントの投稿総数は176件、平均11.7（±7.5）件であった。「他受講生のレポートをみて刺激を受けた。同じ境遇や支援を実際に行っている方の活動が、今後の自分の励みにもなった」等の記載があり、肯定的評価であった。</p> <p>2) 講義 PPT（ダウンロード版）を画面に添付 「資料を見ながら、分かりやすかった」等、効果的に活用されていた。また、「自施設の研修に活かしたい」とする意見もあり、視聴時以外の活用も期待された。</p> <p>3) ルーブリックの評価基準の文言洗練 評価規準毎に、レポートへの記載内容として具体的に求めている内容と水準について、表現を統一するなど、ルーブリックを洗練した。「一番難しかったのは、実はルーブリックでした。読解が難しかった」等の記載があり、さらに改善する必要がある。</p> <p>4) 受講生に対する応答性を高める 課題提出時に適時のフィードバック、質問・疑問への可及的速やかな対応等、応答性を高めてきた。成果を認めてもらえたとする記載が多くあった。</p>
学習到達度	修了率100%。学修目標の到達度は、A評価13名、B評価2名であり、平均85.7±6.3点であった（参考：29年度平均86.6点±5.6）。
受講者の反応	<p>ARCSの観点からみた評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「注意」「関連性」「満足感」「自信」といったARCSの観点からみた評価は、概ね肯定的だった。</li> <li>・「やってよかったか」「途中の過程が楽しかったか」の2項目は、4段階のうち最も肯定度の高い回答の割合が2割以上増えた。コンテンツとしては不変なので、受講生間の交流が活発になされたことが楽しさ等に繋がった可能性が高い。</li> <li>・一方、「自信がついたか」「学習を滞りなく進められたか」「自分なりの学修の工夫ができたか」の3項目は、「できた」とする回答が、これまで同様ほぼ皆無だった。「経験不足を痛感」といった声もあるが、「今回学んだ事をスタッフと共有し実践していきたい」といった評価もあり、しっかりとした自信の形成には至らずとも、今後につながる何かをつかめていた。</li> <li>・「ゆとりのある時間での受講や提出の確保は難しかった」というように、多忙な中での受講の困難感は、eラーニングであっても払拭できないと考えられた。</li> <li>・また、「変化に富んでいるか」については、「富んでいる」が25%にとどまり、受講生が内容を単調に感じている部分があった。</li> </ul>
今後の課題	<p>コンテンツ</p> <p>長期的課題として、主題別に選択できるコースを付加する等、ある程度のニーズの幅に対応でき、マンネリを防ぎ、内容に変化が生まれる工夫をする。</p> <p>ターゲット層の設定</p> <p>現行コンテンツに適した受講生が履修できるよう、明確に示す。</p> <p>ルーブリックによる評価方法の改善</p> <p>経験や知識の面で受講時既に幅のある受講生の多様性に合わせ、適切な到達度評価となるよう評価方法を再考する。</p> <p style="text-align: right;">（平成31年1月28日 文責：塚本）</p>

表6-5 看護研究

科目名	看護研究																																		
担当者	教授 春山 早苗	教授 半澤 節子	教授 小原 泉																																
	教授 塚本 友栄	准教授 川上 勝	講師 望月 明見																																
教育内容	<p>本科目の開講は3年目かつ3回目となり、実践現場に勤務し、ほぼ初めて看護研究に取り組むような看護職をターゲットとし、臨地で研究を計画するときの基礎的な能力を身に付けることを目的としている。第2回では自身あるいは所属施設の実践的課題から問いを立て、第3回では受講者が立てた問いに関する文献探索・文献検討を行い、第7回では課題解決のための研究的取り組みを考えられるようになる(研究計画の立案ができる)ことまでを目標としている。</p>																																		
教育方法	<p>平成30年8月6日～平成30年9月17日の期間に全7回のeラーニングによる教育内容を週に1回ずつ、Moodle上で配信した。各回を10～30分の講義動画1～4本で構成した。昨年度と同様に、第1回(研究とは、倫理的配慮)は知識レベルの修得の到達度を確認するための事前・事後テストを含め、また、第2回(研究課題の明確化)、第3回(文献検討)、第7回(研究計画書の書き方)については課題を含めた構成とし、知識レベルの修得のみならず、ある程度できるレベルの到達度を確認した。いくつかの回で用いる看護研究の例は、なるべく同じ例を用い、受講者が理解しやすいように努めた。</p> <p>評価は、第1回の事後テスト、第2回及び第3回の課題、第7回の課題(研究計画書の作成)により行い、第7回の課題はルーブリックを示し、評価した。</p>																																		
学習支援方法	<p>学習が進まない受講者に対しては担当者よりメールにて学習を促す働きかけを行った。第2回、第3回、第7回については、提出された課題に対し、個別にフィードバックを行った。第7回の課題レポート(研究計画書)は、第7回目の配信から18日後を第1回目提出〆切日とし、1週間以内にフィードバックを行い、第1回目の提出〆切日から17日後を第2回目の〆切日に設定した。しかし、第1回目に提出された課題レポートへのフィードバックに時間を要し、2ヶ月以上、延長することとなった。</p>																																		
学習到達度	<p>受講者は6名であり、うち5名が修了した。(2018年度:受講者5名、修了者3名)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">評価基準</th> <th style="text-align: center;">A (優)</th> <th style="text-align: center;">B (良)</th> <th style="text-align: center;">C (可)</th> <th style="text-align: center;">D (不可)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-1 看護研究の目的と意義の理解</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1-2 研究の問いを立てることができる</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1-3 倫理的配慮の理解</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1-4 文献検討に基づく研究の問いに役立つ内容の整理</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 研究計画の立案</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					評価基準	A (優)	B (良)	C (可)	D (不可)	1-1 看護研究の目的と意義の理解	5				1-2 研究の問いを立てることができる	5				1-3 倫理的配慮の理解	5				1-4 文献検討に基づく研究の問いに役立つ内容の整理	3	1	1		2 研究計画の立案	4	1		
評価基準	A (優)	B (良)	C (可)	D (不可)																															
1-1 看護研究の目的と意義の理解	5																																		
1-2 研究の問いを立てることができる	5																																		
1-3 倫理的配慮の理解	5																																		
1-4 文献検討に基づく研究の問いに役立つ内容の整理	3	1	1																																
2 研究計画の立案	4	1																																	
受講者の反応	<p>受講者は6名(へき地医療拠点病院3名、へき地診療所2名、その他1名)であり、修了者は5名(へき地医療拠点病院3名、へき地診療所1名、その他1名)であった。</p> <p>受講後アンケートでは(4名、66.7%)、全員が、『注意』の4項目、『関連性』の4項目、『自信』の2項目、『満足度』の4項目について、「まあまあ」以上の評価であった。</p> <p>自由記述では、「手探りで行っていた研究計画の立案について、系統的に学ぶ機会となりよかった」「看護研究について学ぶ初めての機会であり、理解が難しいのではないかと構えていたが、例題があり、わかりやすかった」「文献検索方法はすぐにかかせる」「研究計画書の作成では求める文献の検索に苦労した」「所属施設においても看護研究の研修を行っているが、本科目で得た知識を活かしていきたい」等の意見があった。</p>																																		
その他	<p>前年度の受講者1名に対し、サポート・プログラムにおいて抄録や発表ポスターの作成について支援を行い、学会発表に至った。</p>																																		
今後の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・第6回の事例研究に関する内容をより充実させる。</li> <li>・第2回、第3回の学習が第7回に活かせるように、受講者の担当回以外の課題への取り組み内容を確認し、担当回以外の課題であっても、必要時、助言等をしていく。</li> <li>・第7回の課題レポート提出からフィードバックの期間をもう少し長くとり、その期間内に確実にフィードバックできるようにする。</li> <li>・受講者が学習をさらに発展できるようフォローアップ・プログラムを個別に紹介していく。</li> </ul>																																		

表7-1 高齢者看護演習1（急性期）

科目名	高齢者看護演習1（急性期）
担当者	講師 中野 真理子 藤巻 郁朗 古島 幸江 助教 小西 克恵 （オブザーバーとして参加 教授 本田 芳香）
教育内容	高齢者における急性期看護に関する主要な看護実践能力を養うことを目的とし、高齢者の急変時事例に対する初期アセスメントをもとにしたBLSの実施、高齢者の急変時における家族の看護について討議した。
教育方法	1. 高齢者の急変時事例（意識障害）に対し①どのような病態が考えられるか②どう対応するか③必要な情報は何か、について討議を行った。その後、シミュレーションとデブリーフィングを実施し、学びを取り入れ改善し再度実施した。 2. 高齢者の急変時における家族の対応の困難事例に対し①問題は何か②看護でやるべきことは何かについて討議した。 評価対象は演習への取り組み、参加度、アセスメントについての発言やシミュレーション時の言動、デブリーフィングや討議における発言内容とした。
学習支援方法	1. 事例設定は高齢者看護1のeラーニングで学んだ知識が活かせるようにした。さまざまな視点から考え、観察し得た情報をもとに、さらに深いアセスメントへと広げられるように、適宜発問をして関連づけられるよう促した。 2. デブリーフィングは、受講生の気づきや感じた事、学びを大切にしたい。この時は成功体験が得られるように、改善できた点を強調して今後に繋げる内容とした。 3. 文献を参考に家族看護における問題点を確認し、複数の参考文献を活用した。 演習全体では、受講生が経験豊富な成人学習者であるという視点で、言語化を促し、自らの看護実践を振り返り、考えられるように支援した。
学習到達度	受講生のルーブリックによる到達度は、2名ともA評価であった。
受講者の反応	2名の参加であったが早い時期から互いに打ち解け、取り組みは熱心であった。 終了後のアンケートでは、「演習全体についておもしろかった」、「好奇心をそそられた」、「やりがいがあった」、「途中の過程が楽しかった」との記載があった。受講生の職場状況は中規模病院と山間部診療所と異なっていたが、住民を支える看護が思うようにできていないことへの課題が見出され、「高齢者の最終段階をどのように支えるか」「老いて死ぬということを自然なこととして捉える」必要性が見出された。へき地・生活の場での急変時には家族に協力を得る必要があり、BLSを周知する必要を実感していた。また、家族の看護について、「看護観について話す機会が持てたことがよかった」「現場にいるとなかなか口に出す機会がなく話して初めて自分の思いに気がついた」との記載があり、言語化を促す関わりで、受講生自ら気づきを得られていた。
今後の課題	住民がどのように最期を迎えたいのか（終末を迎えたいのか）を含めた、どのように生きていきたいかということを考える機会や口に出す機会を日々の関わりの中で提供し、家族の意思を確認する必要があることなどについて討議できたことは効果的であった。一方、住民は「死」をタブー視する傾向が強く、今後は他プログラム（終末期）との連関を考慮したプログラムを考える必要がある。 急変時の初期アセスメントや初期対応のシミュレーションは受講生のバックグラウンドに沿うように診療所や中核病院での事例を用いるとさらに効果的である。 今回、受講生が2名と少なく「せっかくのプログラムなので、より多くの参加者がいればなお良かった」との自由記載があり、何れの演習も6名前後であれば、へき地の特徴を鑑みた多様性を感じ、自身の働く環境の差異性が浮き彫りになることが考えられ、さらに効果的である。 eラーニングを受講した後、本演習にも参加したいと思ってもらえるよう参加意欲を促進するしかけを考えていく。

表7-2 高齢者看護演習2 (終末期)

科目名	高齢者看護演習2 (終末期)
担当者	六合温泉医療センター看護介護副部長 山田明美 講師 青木 さぎ里、講師 江角 伸吾、助教 土谷 ちひろ、助教 横山 絢香
教育内容	<p>本科目は、高齢者の「在宅での看取り」に焦点をあて、在宅で死を迎える高齢者と家族に対し変化に即した看護実践能力を養うことを目的として設定した。終末期において特に臨死期から死亡後までを取り上げて、以下の4つを教育内容とした。①臨死期に起こり得る症状への対処に必要な知識・技術、②精神面での支援、③療養者の症状に応じた対応と家族との協同作業、④高齢者及び家族に対するリビングウィルを活用した支援。</p> <p>高齢者看護2 (終末期) との関連については、第6回「終末期における療養者と家族への支援の実際」及び第7回「終末期における医療職の役割と実際」の学習内容を中心として、第3回「終末期における諸症状とそのアセスメント」第4回「終末期における疼痛と緩和ケア」第5回「終末期におけるチームケア」の学習内容を活用する内容とした。</p>
教育方法	<p>演習時間は210分 (3.5時間) とし、内容は3部構成とした。</p> <p>第1部は75分とし、講師の山田明美氏から、医療機関看護師による地域でのリビングウィルに関する取り組み活動の紹介を講義形式で行った。第2部は75分とし、医療機関看護師による地域でのリビングウィルに関する取り組み活動の疑似体験を行った。受講者が少なかったため、スタッフにも参加してもらい、合計8名を2グループに分けて疑似体験を2回行った。2回実施することで受講者が疑似体験と観察の両方を経験できるようにした。講師の山田明美氏からは、地域で実施した際の高齢者の反応などについて補足説明を加えてもらった。第3部は60分とし、受講者の背景や看護実践経験、特に在宅での看取りに関わった経験について受講者同士で共有した。特に、在宅での看取りにかかわってきたなかで、印象に残っている事例やその際に感じた疑問や困難感の共有がなされ、解決方法について話し合った。</p>
学習支援方法	<p>演習では高齢者看護2 (終末期) での学習内容を生かすために、該当する回の授業資料を準備して臨んだ。また、演習で使用する事例と討議する課題については事前にMoodle上に提示し、目を通してから演習に臨めるようにした。</p> <p>受講者は当初4名の予定だったが、当日は2名と少人数であったことから、医療機関看護師による地域でのリビングウィルに関する取り組み活動の疑似体験に十分な時間をかけ、さらに、受講者の背景や看護実践経験、特に在宅での看取りに関わった経験について受講者同士で共有するようにするなどの演習内容やスケジュールの時間調整をする等臨機応変に対応した。</p>
学習到達度	<p>演習中の討議内容と発表内容を評価対象として、到達目標3項目を評価基準とした。受講者2名全員が3項目ともA評価であった。</p>
受講者の反応	<p>受講者は2名で、所属は病院1名、訪問看護ステーション1名であった。演習時間中は自施設での経験等もふまえた活発な意見交換がみられた。終了後アンケートについては2名中2名から回答が得られた。やりがい、有益性等いずれも高い評価が得られた。自由記述では、「目標を持って課題に取り組む時間は、仕事との両立の中で良い刺激となった」「普段、モヤモヤしていた一歩踏み込めなかった終末期の関わり方だったので、演習後は関わり方のポイントがはっきりしたように感じた」「多様な患者と向き合うための、自身の引き出しが増えた様に感じた」等、演習の意義に関する評価が得られた。また、受講者間の経験の共有と困難感に対する解決策の検討に関しては、「患者さんに対する一言が、背中を押すことになるのか、傷付けてしまう言葉になるのか、不安になる場面は多い。今回の地域ケアスキルトレーニングを受講できたことを自信に繋げていきたい」との意見があり、今後の看護実践に活用できることが示された。受講人数は少なかったが、人数に合わせて演習を変更したことにより、受講者の満足感や達成感を高められた。</p>
今後の課題	<p>当日の参加人数減少に合わせて事例検討は中止し、日頃の活動上の疑問や不安の共有等、受講者同士の交流の時間を充実させた。事例に関する討議についてはサポートプログラムの活用を促した。今後は受講者数に即した演習内容を検討する必要がある。</p>

表7-3 高齢者看護演習3（認知症）

科目名	高齢者看護演習3（認知症）
担当者	准教授 佐藤 幹代 教授 半澤 節子 成田 伸 助教 富川 明子
教育内容	本科目は、認知症をもつ人とその家族への看護実践の考え方とその実際について当事者の語りを通して実践的に提示すること、実践事例を各自提示し看護実践の方法を養うことの2点を目的とした。受講者は実務経験を有する看護職者であり、討議形式により展開した。
教育方法	<p>事前学習として、eラーニングシステムのベーシック・プログラム（高齢者看護3 認知症）で指定したウェブサイトを用いて、(<a href="https://www.dipex-j.org/dementia/">https://www.dipex-j.org/dementia/</a>) 事前課題として、本人と家族各1名の語りを視聴し、選定理由や看護支援についての考えや、各自の実践事例（困難事例、成功事例）の提示を求めた。</p> <p>演習では、自己紹介やアイスブレイキングを行い、担当者から演習の進め方、ディスカッションポイントを提示し、参考文献資料を紹介した。各自が選んだ語りを全員で視聴したのち、意見を交換した。その際、どのように感じ、読み取ったかを大事にするようファシリテートした。また、日々の実践とリンクさせ、具体的に看護実践の場でどのように活用できそうかという視点でもディスカッションした。</p>
受講者の反応	<p>参加者は3名で、所属は病院1名、診療所1名、訪問ステーション1名であり、管理職経験のある参加者もいた。演習の実際について2つの点からまとめる。</p> <p>まずひとつは、「事前課題であるウェブサイトを用いて」のディスカッションである。当事者の語りの視聴により、認知症をもつ人への固定観念を持っていた自己に気づくことができたという意見があった。また、ひとりひとりの認知症の本人および家族の「語り」の違いに着目することは看護実践の場でも重要であるという意見が聞かれた。</p> <p>へき地という生活圏では、「同居家族が認知症の方を介護するのはあたりまえ」といった考えが一般的であり、紹介された事例の中には、家族の勤務地が遠方で認知症本人の介護を直接することが困難な事例、同居をしても介護に対する意識が希薄な事例など、認知症を持つ人の尊厳という点を考慮した支援の難しさという課題が見出された。</p> <p>次に、「受講者自身が経験した事例について」のディスカッションである。受講者同士の事例紹介のひとつに、単身赴任だった夫と支援を必要とする認知症の妻という夫婦の事例が紹介された。こうした状況にある夫婦にしかわからない想いがあるだろうという意見が聞かれた。たとえば、それまでの夫婦の生活経験の中に根付く生活行動、家族の生活史、認知症の妻の思いなどを支援者は理解する必要があるという意見があった。また、受講者自身から病い体験を話され、認知症者の映像で語られる内容と照らし合わせ、当事者の想いを考えるという展開があった。こうした語りに触れられたことは、対面での演習の効果によるものと考えられる。</p> <p>討議終了後の受講者からの感想は、看護実践の場が異なる受講者と疑問に感じていたことについて討議する場が持てたことがとても良かったという内容が多かった。また、終了後のアンケートでも、「認知症を持つ人とその家族への看護支援の大切さ、関わり方の難しさを痛感した。その人らしさを大切に、ありのままを受け止めていくことが必要だと思った。ほかの参加者の意見を聞いて、多様な受け止め方や感じ方があることを知り、刺激になった。」といった意見があった。さらに、「今回、私自身を癒して頂けたので、患者さんにより良い看護を提供できそうです。元気になりました。」という感想も聞かれた。映像を視聴し、実践を振り返ることから看護実践の方法を養うという目的が、達成できたと考える。</p>
今後の課題	<p>演習前から Moodle を活用し、事前課題を相互閲覧することで、当日の討議内容がより促進されることが期待できる。また、今後の課題として、プログラム終了後の教育効果を検証し、プログラムを修正していく。</p> <p>認知症ケア加算2 取得に向けて、プログラムを整理し、審査の準備をした。</p>

表7-4 退院支援・調整と多職種連携演習

科目名	高齢者看護演習4 (退院支援調整と多職種連携)
担当者	准教授 角川 志穂 教授 塚本 友栄 講師 島田 裕子 助教 佐藤 貴紀
教育内容	本科目では、患者・家族および他職種が参加する退院前カンファレンスを企画・運営するロールプレイを通して、退院支援・調整における看護職の役割と多職種連携のあり方について考える演習を行った。
教育方法	受講前に事例を踏まえた事前学習を提示した。演習では、受講生が主体となりロールプレイを実施し、終了後退院前カンファレンスの企画・運営全体について振り返りを行った。事後課題としてレポートを課した。
学習支援方法	工夫した点 1) 模擬患者の活用 2名の模擬患者に依頼をし、よりリアリティのあるカンファレンスとなるよう設定した。 2) 専門家によるサポート体制 退院前カンファレンスに精通した3名の専門家を招き、カンファレンスの進め方に対する具体的助言を得た。その際、ネガティブな指摘ではなく、今後受講生がより良いカンファレンスを運営していくための留意点や方法について、助言を行った。
学習到達度	3名の受講生は本演習に対する関心の度合いが高く、事前学習課題に積極的に取り組み、演習に参加していた。事後課題では、患者・家族の意見を尊重したカンファレンスの企画・運営のあり方について、自己の課題も含め説明をすることができていた。また、効果的な多職種連携の実際や、対象者のニーズに合わせたケアプラン検討に必要な運営のあり方についても、自身の考えを述べることができていた。本演習の学習目標に、全員が到達できていた。
受講者の反応	ARCSの観点から見た授業評価は、3名全員から回答があり、2名からは「好奇心をそそられた」「変化に富んでいた」「やりがいがあった」「有益な内容であった」「途中の過程が楽しかった」「やってよかった」「すぐに使えそうだ」「成果を認められた」「自信がついた」「目標が明確であった」という肯定的回答が得られた。学習の進行について、2名が「やや学習が滞った」と回答し、勤務がある中での事前学習課題への取り組みに困難を感じていた。
今後の課題	演習時間・内容について ディスカッションの時間を増やしてほしいとの要望があること、また遠方から本演習のためだけに来ている受講生もいるため、より実りのある演習となるよう、演習時間や内容の検討が必要である。 事例について 事例が複雑であるとの意見があり、次年度は、受講生に着眼して欲しい、考えて欲しいポイントを明確にし、事例の見直しを行う。 <p style="text-align: right;">(文責：角川志穂)</p>

**第18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 精神科病院における隔離に対する倫理的悩みと人的環境要因との関連

所属 看護学部（精神看護学）  
職名 講師  
氏名 石井慎一郎，半澤節子，永井優子

## 要 旨

## 【目的】

近年，精神科病院における行動制限の使用期間が諸外国と比べて長いことが報告されている（Noda et al. 2013）。隔離等の行動制限の最小化に異論はないものの，我が国は精神科特例により入院病床に対する従事者定員が少ないという人的環境要因の関与は否定できない。そこで本研究は，病床数に対する看護者数の異なる複数の精神科病院を調査協力機関とし，看護者の倫理的悩みと人的環境要因が隔離に対し何らかの関連をみるのかを検討し，行動制限最小化に資する示唆を得ることを目的とした。

## 【方法】

複数の単科精神科病院に調査協力を依頼し，同意が得られた看護者を対象に無記名自記式質問紙を配布した。調査票の内容は，1) 統合失調症者の仮想事例に対する隔離解除までの期間，隔離解除の決定者や提案者等に関する評価，2) 倫理的悩み尺度精神科版（大西他 2016）15項目，3) 臨床看護師3名のインタビュー結果を元に作成した人的環境に関する認識11項目であった。分析は記述統計量を算出し，各尺度下位因子間の相関係数と各下位因子の信頼係数を算出した後，看護者の倫理的悩みと人的環境要因が隔離に与える影響の程度を確認するために，隔離期間を目的変数，倫理的悩みと人的環境要因を説明変数として強制投入法による重回帰分析を行った。本研究は自治医科大学研究倫理委員会の承認を得て実施した。

表1 隔離期間を目的変数，倫理的悩みと人的環境要因を説明変数とした重回帰分析

		3日程度	7日程度	1ヶ月程度	3ヶ月程度
倫理	同僚の非倫理的行為	0.020	-0.003	-0.175	-0.200 **
	少ない職員配置	-0.106	-0.154	0.115	0.098
	権利侵害の黙認	0.027	0.000	-0.030	0.093
環境	職場内の信頼関係	-0.211 **	-0.070	-0.134	-0.097
	実践力向上の機会	-0.091	-0.066	-0.029	0.025
	実践を振り返る場の保証	0.095	-0.130	0.206 *	0.133
属性	年齢	-0.040	-0.010	0.119	0.155 *
	隔離				
	解除は医師が決定する	0.003	0.076	0.128 *	0.194 **
	解除は看護者が提案する	0.121	0.174 **	-0.056	-0.081
	R <sup>2</sup>	0.063	0.106 **	0.082	0.094 **

表中の数値は標準偏回帰係数β，\*\* $p < 0.01$  \* $p < 0.05$

## 【結果・考察】

回答者283名の属性は，平均年齢41.2±11.3歳，精神科臨床経験年数11.0±9.0年，病棟別では精神科救急・急性期治療病棟が40.6%，次いで精神科一般病棟24.4%，精神科療養病棟21.9%であった。仮想事例に対し，回答者の64.6%が「隔離解除は医師が決める」に肯定的回答をし，「隔離解除は看護者が提案する」は67.4%であった。隔離解除までの期間について，「3日程度」9.9%，「1週間程度」19.1%，「1ヶ月程度」25.1%，「3ヶ月程度」23.6%であり，いずれも「どちらでもない」を選択する人が半数近くを占めていた。

倫理的問題に対する認識は，「病状が安定し日常生活に支障がない患者が入院し続けていても何もできない」という「事実がある」と回答した者は74.1%，このうちこうした事実「悩んでいる」と回答した者は70.5%であった。次いで「安全が保てないと思うような少ない数の看護師で仕事をする」では「事実がある」73.1%，こうした事実「悩んでいる」は82.6%であった。人的環境に対する認識は，「病棟カンファレンスは定期的に開催…」が71.8%，次いで「院内では，看護実践の報告会や事例検討会を行って…」71.7%，「手本や目標となる先輩が身近にいる」64.7%の順に高かった。最も低かった項目は「組織を完全に信頼している」が34.4%，次いで「新人や後輩に対する教育が充実…」29.0%，「病棟カンファレンスには多職種が参加…」23.8%であった。

仮想事例における隔離期間を目的変数，倫理的悩みと人的環境要因を説明変数とした重回帰分析を行った結果を表1に示した。なかでも，重決定係数は低いものの，「7日程度」は「隔離解除は看護者が提案する」によって，「3ヶ月程度」は「同僚の非倫理的行為」[年齢][解除は医師が決定する]によって有意に説明されていた。とくに，「7日程度」では看護者の提案が正の影響を与えている一方で，「1ヶ月程度」「3ヶ月程度」は医師の解除が影響を与えている。すなわち，看護者は長期間の隔離患者にこそ，隔離の最小化，解除に向けたケアが必要である。

本研究は，JSPS科研費 基盤研究C 26463505「臨床現場に形成されたモラルと行動制限に対する臨床判断に関する研究（研究代表者 半澤節子）」の助成を受けたものである。

(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  
改正平成28年2月18日  
改正平成28年5月26日  
改正平成29年5月8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) 利益相反の開示

- (1) 本文の最後に、研究費・特許取得を含む企業との財政的關係、公的研究費に基づくか、財政的補助を受けた研究か、を明記する。
- (2) 利益相反関係がある場合には、関係する団体名も含め記載する。

## 7) 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。
- (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：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) Davis E.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。

## 8) その他

投稿者(複数の研究者の場合を含む)は、別添えの投稿論文チェックリストに従い原稿を点検し、当該チェックリストを投稿原稿とともに必ず提出する。

必要時「iThenticate」(論文剽窃チェックツール)(自己申請)等を使用し投稿論文内容を確認する。

## 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、「第〇巻看護学ジャーナル（原本）：氏名」と「第〇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. 論文投稿者修正論文の提出方法

論文投稿者は、査読結果に対する「回答書」を必ず作成し締め切り日迄に提出する。

- 1) 査読者2名に対して、それぞれの回答書を作成する。
- 2) 回答書のフォーマットは自由書式とする。

## 9. 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。

## 10. 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おいて、本学看護学部の先生方、看護総務課の方々のご尽力に心より感謝申し上げます。また、査読にご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には、お忙しい中、各投稿論文に誠心誠意ご対応いただき、ありがとうございました。看護学ジャーナルは、若手教員や大学院生からの貴重な投稿の機会となっています。査読者および編集委員の先生方には論文の質を担保しつつ、少しでも多くの投稿論文が採択できるよう教育的配慮を含めご支援いただきましたことに感謝申し上げますとともに、今後ともご協力いただけますようお願い致します。

編集委員会では、今後さらなる看護学ジャーナルの論文の質の向上を目指しつつ、より多くの方々にご投稿いただけるような魅力ある看護学ジャーナルへの発展に努めていきたいと考えます。若手教員や大学院生はもとより、皆様からの論文投稿を心より祈念しております。

(編集委員長 村上 礼子)

### 査読協力者

青木 さぎ里, 石井 慎一郎, 川上 勝, 佐藤 幹代, 清水 みどり, 平尾 温司,  
湯山 美杉, 横山 由美 (五十音順)

---

### 自治医科大学看護学部編集委員会

委員長 村上 礼子  
副委員長 上野 まり  
委員 里光 やよい  
田村 敦子  
鹿野 浩子  
八木 街子

---

## 自治医科大学看護学ジャーナル 第17巻

令和2（2020）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 村上礼子
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(代)
印刷所	(株)松井ピ・テ・オ・印刷 栃木県宇都宮市陽東5-9-21 電話 028（662）2511(代)