

自治医科大学看護学ジャーナル

Jichi Medical University Journal of Nursing

第 19 卷



2021

目 次

原著論文

- へき地診療所における特定行為研修修了看護師の活動に対する期待
村上礼子, 春山早苗, 江角伸吾, 小谷和彦 3

原著論文

- 胃瘻造設患者の経口摂取再開を促進する訪問看護師の看護実践
古内三基子, 村上礼子 13

原著論文

- 終末期にある造血器腫瘍患者のその人らしさを支える看護
大串未来, 小原 泉 25

資 料

- 急性期病院から自宅に退院した認知症高齢者の特徴
佐藤享子, 川上 勝, 菅野妃穂子, 山崎大輔, 加藤 徹,
浜端賢次, 上野まり 37

看護学部教員共同研究報告

- 看護学生の学習におけるエンゲージメントに関する基礎的研究 47

- 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 48

- 術後急性期患者への看護実践モデルの開発
ーモデルの構成概念の網羅的検討ー 49

- 小学生以下（0歳～12歳）の子どもをもつ看護師への支援 50

- 固形物の経口摂取ができるようになるまでの子どもの体験
ー中心静脈や経管栄養からの離脱ー 51

- 妊孕性のある終末期の婦人科がん患者の
在宅療養への移行期における課題とその支援 52

- へき地診療所における看護活動の実態と課題に関する調査 53

- 令和2年度地域ケア実践開発事業報告 57

- 投稿規程 76

- 編集後記 81

原著論文

へき地診療所における特定行為研修修了看護師の活動に対する期待

村上礼子¹⁾， 春山早苗¹⁾， 江角伸吾¹⁾， 小谷和彦²⁾

要旨：へき地診療所医師の捉える特定行為研修修了看護師（以下、研修修了看護師）の認知度、期待等を明らかにすることを目的に、全国1,018のへき地診療所の医師を対象に、研修制度の認知、研修修了看護師への期待、医行為の実施状況などについて無記名自記式質問紙を郵送調査し、172部（16.9%）の有効回答を得た。研修制度の認知度は「聞いたことがある」が約5割であった。医師の医行為の実施状況は、創傷管理関連が最も多く、血糖や感染などの各種薬剤投与・調整管理が続いた。必要だと考える特定行為区分は、医師の実施する医行為の結果と概ね同様で、薬物療法に関わる知識や自己管理支援等の能力を有する特定行為・行為区分の受講でも活動が期待できると考える。また、研修修了看護師への期待は【エビデンスに基づく適切な医療及び看護の提供】、【医師がタイムリーに動けない時や不在時の対応】などで高く、【医師の負担軽減や診療支援】は低い傾向があり、医師は医師として、看護師は看護師としての責任や専門性をもって、協働すべきと考えており、タスクシェアとなる活動が期待されていることが推察された。

キーワード：へき地診療所、特定行為、看護師、活動に対する期待

1. はじめに

団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けて、医療・介護の需要がこれまで以上に高まっていく中で、わが国では医療提供体制の変革や医療人の確保（養成や偏在への対策を含む）が緊迫した課題となっている。このような状況の中、へき地では少子・超高齢化現象と人口減少が進展し、医療の持続可能性が大きな課題となりつつある。昨今、へき地診療所に医師が単独で常駐する仕組みは課題が浮き彫りとなっており、病院に統合されて附属化する診療所もある一方で、複数の医師が診療所群を診療する体制もあり、その成果が報告^{1) 2)} され始めている。このような、地域に根付いた医師集団が相互に労働環境を調整しながら広域で医療を提供する方法は、へき地医療の新しい姿である。しかし、医師集団だけのへき地医療の維持には限界があり、今後のへき地医療の体制整

備に大きく関わる要素として、特定行為研修修了看護師（以下、研修修了看護師）の活動を含むチーム医療の推進が期待されている。この研修修了看護師の養成課程は、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）により、保健師助産師看護師法の一部が改正され、新たに「特定行為に係る看護師の研修制度」が創設され、厚生労働省の指定承認を受けた指定研修機関が行う。この研修制度を修了した看護師は、医師の判断を待たずに、事前の指示（手順書）により行う一定の診療の補助（特定行為）を標準化する³⁾ ことができ、今後の在宅医療等を支えていく看護師として、医師のタスクシフト・タスクシェアが期待され、医師不足、医師偏在の課題が生じているへき地医療において重要な担い手となることが推察される。

しかし、令和3年4月現在、研修修了看護師は全国で3,307名⁴⁾ で、その多くは400床以上の病院勤務の看護師である。国が掲げている2025年までに

1) 自治医科大学看護学部、

2) 自治医科大学医学部

二桁万人の研修修了看護師の養成はもとより、在宅医療等の推進を図っていく看護師の養成という研修制度の理念とは多少のずれが生じていることが推察される。研修修了看護師が増えない原因として、「医師の理解が得られにくいこと」や「現場のメリットが数値化できていないこと」など⁵⁾⁷⁾が指摘されているが、その一方で、医師の働き方改革の影響もあり、2020年以降は医師からのタスクシフトの必要性や有益性、医師とのタスクシェアの成果や影響⁸⁾¹⁴⁾などの報告が増えてきている。しかし、タスクシフト・タスクシェアの報告は、概ね急性期医療の現場の内容が多い現状であり、在宅医療での活躍等の報告は大変少ない。

この制度の趣旨を踏まえると、へき地診療所やへき地医療拠点病院などで質の高いへき地医療を持続可能とするための方策として、医師と看護師間のタスクシフト・タスクシェアを検討していく必要性は高いと考えられるが、へき地医療における本制度や研修修了看護師のタスクシフト・タスクシェアに関する知見は見当たらない。今後、へき地医療の現場でもタスクシフト・タスクシェアを推進していくうえで、これまで医行為の実施者であるへき地診療所の医師達の本制度や研修修了看護師への理解や期待を示すことは、大きな促進因子になりうると考える。

そこで、本研究ではへき地診療所に勤務する常勤医師の特定行為研修ならびに研修修了看護師に関する認知度や期待、および特定行為に準ずる医行為の実施状況や必要だと考える区分などを明らかにし、今後のへき地医療におけるチーム医療の一躍を担う研修修了看護師の活動のための示唆を得ることを目的とした。

II. 研究方法

1. 調査対象

2019年6月時点で厚生労働省医政局医療計画課へき地医療係が把握している1018施設のへき地診療所に勤務する常勤医師とした。

2. 調査方法

調査対象となる全国のへき地診療所に常勤する医師宛てに、調査の趣旨及び協力依頼等の説明を含み、研究同意の有無を記載できる無記名の調査票と返信用封筒を郵送した。質問紙の回収方法は、返信用封筒による郵送返信とした。

3. 調査内容

- 1) 対象属性（施設の都道府県名・施設の看護師・准看護師数）。
- 2) へき地診療所に勤務する常勤医師の特定行為研修に関する認知度を「全く知らない」から「よく知っている」の4件法で回答を得た。
- 3) へき地診療所に勤務する常勤医師のへき地医療・へき地看護に係わる研修修了看護師への期待を、永井ら⁵⁾や江角¹⁵⁾の研究結果を参考に選択肢を作成し、「期待していない」から「大変期待している」の4件法で回答を得た。
- 4) 特定行為に該当する医行為の実施件数（過去1年間）ならびに所属診療所にて必要だと考える特定行為区分の回答を得た。なお、必要だと考える区分は複数回答ありとした。

4. 調査期間

調査期間は、令和2年2月7日から令和2年2月28日までとしたが、回収数を増やすため返信の催促通知を行い、令和2年3月1日から令和2年3月31日まで延長した。

5. 分析方法

表計算ソフトMicrosoft Excel2016にて、リット尺度の回答を単純集計した。

6. 倫理的配慮

調査票の最初に、調査への協力依頼とともに、調査の趣旨、調査協力の自由意思の保障、調査の回答は無記名であること、個人や地域、施設名などは特定されないこと、回答は本研究目的以外に使用しないことなどを調査票の説明書に明記し、研究同意の回答記載のある調査票のみ対象とした。

なお、本研究は自治医科大学臨床研究等倫理審査委員会に倫理審査申請を行い、承認を得て実施した（令和2年1月28日、臨大19-137）。

III. 研究結果

1. 調査票の配布数及び回収数

調査票は、1018部を配布し、回収率は16.9%（172部）であった。

2. 対象属性

対象の所属する都道府県は、北海道から沖縄ま

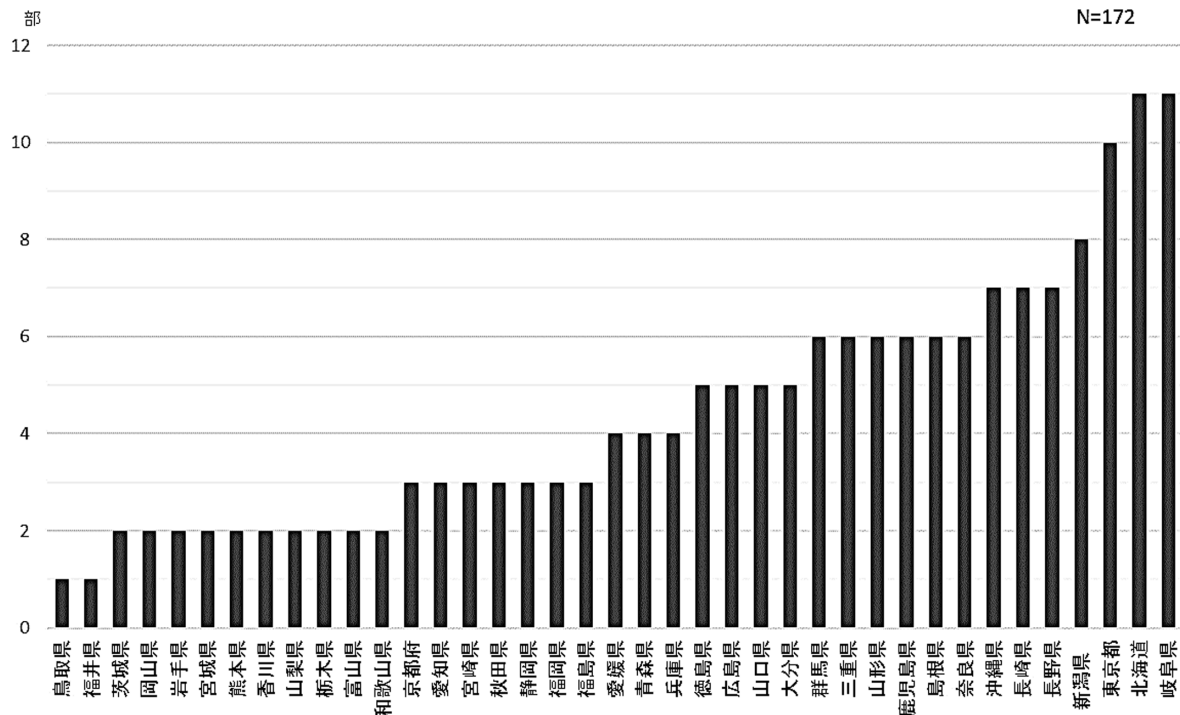


図1 対象の都道府県分布

での1道1府1都37県で（図1），対象のへき地診療所の看護職の従事者数は，常勤看護師が平均3.2名（範囲：0～62名），非常勤看護師が平均1.2名（範囲：0～13名），常勤准看護師が平均1.3名（範囲：0～10名），非常勤准看護師が0.5名（範囲：0～5名）であった。

3. 看護師の特定行為に係る研修制度の認知度

看護師の特定行為に係る研修制度を「聞いたことがある」と回答したものが最も多く，51.2%（88部）で，「よく知っている」，または「知っている」と回答したものは，41.3%（71部）であった（表1）。

表1 研修制度の認知度 N=172

	N	%
よく知っている	4	2.3
知っている	67	39.0
聞いたことはある	88	51.2
全く知らない	11	6.4
無回答	2	1.2

4. へき地医療・へき地看護に係わる研修修了看護師への期待

研修修了看護師への期待として，【エビデンスに基づく適切な医療及び看護の提供】，【研修で得

た知識を他の看護職へ還元】，【医師がタイムリーに動けない時や不在時の対応】，【訪問看護／在宅看護活動】において約9割はへき地診療所に勤務する常勤医師は「大変期待」または「期待している」と回答した。また，【職場内看護師のアセスメント力向上のための教育的な関わり】，【医師と看護師の橋渡しの役割】，【高齢者や障害者施設における活動】，【医師の負担軽減や診療支援】，【職場内看護師の研鑽意欲やモチベーションの向上】，【後続の研修修了看護師のサポート・指導】では，約8割前後が「大変期待」か「期待している」と回答した。一方，「期待していない」または「あまり期待していない」という回答が最も多かったのは【医師の負担軽減や診療支援】で約2割弱であった（図2）。

5. 特定行為に該当する医行為の実施件数ならびに診療所にて必要だと考える特定行為区分

へき地診療所の常勤医師が年間で実施している特定行為に該当する医行為は，創傷管理関連に該当する行為が最も多く48件（27.9%），次いで血糖コントロールに係る薬剤投与関連に該当する行為31件（18.0%），栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連に該当する行為28件（16.3%），精神及び神経症状に係る薬剤投与関連に該当する行為26件

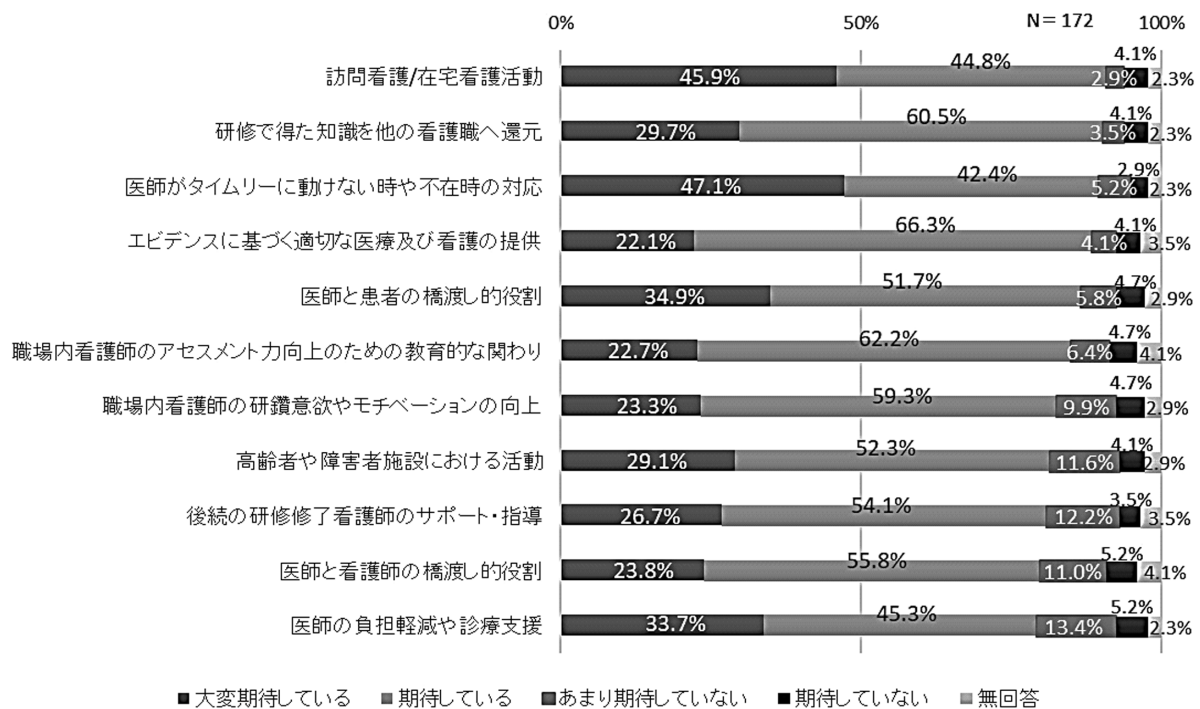


図2 ヘき地診療所常勤医師のへき地医療・へき地看護に係わる研修修了看護師への期待

(15.1%)、感染症にかかる薬剤投与関連に該当する行為25件(14.5%)、循環動態に係る薬剤投与関連ならびに動脈血液ガス分析関連に該当する行為16件(9.3%)、ろう孔管理関連に該当する行為13件(7.6%)、皮膚損傷に係る薬剤投与関連に該当する行為12件(7.0%)、呼吸器(気道確保)関連に該当する行為10件(5.8%)、創部ドレーン管理関連に該当する行為9件(5.2%)の順で多かった。また、心嚢ドレーン管理関連ならびに透析管理関連に該当する行為は0件であった。

また、「術後疼痛管理関連」や「腹腔・胸腔ドレーン管理関連」、「末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理関連」、「皮膚損傷に係る薬剤投与関連」、「中心静脈カテーテル管理関連」に該当する医行為の実施は常勤看護師または非常勤看護師が必ずおり、さらに常勤または非常勤准看護師まで複数勤務している診療所が多かった。

一方、へき地診療所にて必要だと考える特定行為区分は、創傷管理関連が最も多く88件(50.0%)、次いで血糖コントロールに係る薬剤投与関連61件(35.5%)、栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連48件(27.9%)、感染症にかかる薬剤投与関連ならびに皮膚損傷に係る薬剤投与関連45件(26.2%)、精神及び神経症状に係る薬剤投与関連39件(22.7%)、循環動態に係る薬剤投与関連なら

びに呼吸器(気道確保)関連、中心静脈カテーテル管理関連は各々29件(16.9%)、ろう孔管理関連28件(16.3%)、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理関連25件(14.5%)、動脈血液ガス分析関連22件(12.8%)、呼吸器(長期呼吸療法)関連21件(12.2%)の順で多かった。また、もっとも少なかったのは、心嚢ドレーン管理関連3件(1.7%)であった(表2)。

IV. 考察

今回の研究はへき地診療所に勤務する常勤医師の特定行為研修ならびに研修修了看護師に関する認知度や期待、および特定行為に準ずる医行為の実施状況や必要だと考える区分などを明らかにし、研修修了看護師の活動のための示唆を得ることを目的とした。そこで、得られた結果から、「へき地医療・看護の維持・向上に向けた研修修了看護師への期待」、「へき地医療における診療所看護師の特定行為実践の展望」について考察する。

1. へき地医療・看護の維持・向上に向けた研修修了看護師への期待

本調査の回収率は、2割に満たず、大変低い結果であった。その理由としては、回答を得た対象

表2 特定行為に該当する医行為の年間実施件数ならびに所属診療所にて必要だと考える行為区分

(重複回答あり、回答数172)

特定行為区分	年間実施数		必要有の回答数	
	N	%	N	%
創傷管理関連 ^{注1}	48	27.9%	86	50.0%
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	31	18.0%	61	35.5%
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 ^{注2}	28	16.3%	48	27.9%
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	26	15.1%	39	22.7%
感染症にかかる薬剤投与関連	25	14.5%	45	26.2%
循環動態に係る薬剤投与関連 ^{注3}	16	9.3%	29	16.9%
動脈血液ガス分析関連 ^{注4}	16	9.3%	22	12.8%
ろう孔管理関連	13	7.6%	28	16.3%
皮膚損傷に係る薬剤投与関連 ^{注5}	12	7.0%	45	26.2%
呼吸器（気道確保）関連	10	5.8%	29	16.9%
創部ドレーン管理関連	9	5.2%	17	9.9%
中心静脈カテーテル管理関連	8	4.7%	29	16.9%
呼吸器（長期呼吸法）関連	8	4.7%	21	12.2%
末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理関連	6	3.5%	25	14.5%
呼吸器（人工呼吸療法）関連	6	3.5%	16	9.3%
腹腔ドレーン管理	4	2.3%	9	5.2%
循環器関連 ^{注6}	4	2.3%	13	7.6%
術後疼痛管理関連	3	1.7%	15	8.7%
胸腔ドレーン管理	3	1.7%	9	5.2%
透析管理関連	0	0.0%	8	4.7%
心臓ドレーン管理関連	0	0.0%	3	1.7%

注1）創傷管理関連には、褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去、創傷に対する陰圧閉鎖療法が特定行為（医行為）として該当する。

注2）栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連には、持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整、脱水症状に対する輸液による補正が特定行為（医行為）として該当する。

注3）循環動態に係る薬剤投与関連には、持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整、持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整、持続点滴中の降圧剤の投与量の調整、持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整、持続点滴中の利尿剤の投与量の調整が特定行為（医行為）として該当する。

注4）動脈血液ガス分析関連には、直接動脈穿刺法による採血、橈骨動脈ラインの確保が特定行為（医行為）として該当する。

注5）皮膚損傷に係る薬剤投与関連には、抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整が特定行為（医行為）として該当する。

注6）循環器関連には、一時的ペースメーカーの操作及び管理、一時的ペースメーカーリードの抜去、経皮的心肺補助装置の操作及び管理、大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整が特定行為（医行為）として該当する。

者の4割程度は本制度を「よく知っている」、または「知っている」と回答したもの、半数は「聞いたことがある」程度で、「知らない」と回答したものは大変少なかった。一見、認知度が高いようにも受け取れるが、そもそも、本制度に関して知らない医師は、調査そのものに協力していない可能性が高いと考えられる。つまり、本制度そのものの周知情報がへき地医療の現場に十分に行き届いていない可能性が高いと推察される。一方、今回の調査では、概ね全国の都道府県のへき地診療所から回答を得ている。今回のような全国のへき地診療所の常勤医師を対象に看護職に対する期

待等の調査は、これまで行われておらず、これからのへき地医療におけるチーム医療の一躍を担う看護職の検討を進めるうえでは貴重な一資料になると考える。また、今回の結果から、今後、より早急にへき地医療の現場に対して本制度や研修修了看護師の活躍に関する情報提供を進めていく必要性を改めて浮き彫りにしたと考えられる。

特定行為に係る看護師の研修制度の認知度は、加藤ら¹⁶⁾の全国の施設管理者・看護管理者や筆者ら¹⁷⁾のへき地医療拠点病院の看護管理者らの調査結果では9割強が「知っている」「よく知っている」という結果であったのに対して、協力が得ら

れたへき地診療所に勤務する医師の回答であっても約4割程度に留まり、具体的な制度の周知が行き渡っていない現状が課題としてあると考える。しかし、「聞いたことはある」という回答が約5割であり、へき地診療所に勤務する医療職が少ない状況で、医師は協働してへき地医療にかかわる他職種としての看護師の役割拡大に、ある程度の興味は持っていることが推察される。

今後、具体的な研修修了看護師の活動が理解されると、より認知が広がると期待できる。そのためにも、へき地医療において活躍している成果をより早期に見出せるよう、医師会等、他の医療職種の団体等を巻き込んだ研修制度の周知や、活動実践の報告のための情報交換会などの開催を研修修了看護師たちから行政や指定研修機関はもとより、指定研修機関連絡会などと連携して情報発信していくことも大切であると考えられる。

また、研修修了看護師への期待として、すべての質問項目において大変高い期待があることが示されており、へき地医療の担い手としてへき地診療所の医師から研修修了看護師の活動が望まれていると考える。

さらに、【訪問看護／在宅看護活動】、【研修で得た知識を他の看護職へ還元】、【医師がタイムリーに動けない時や不在時の対応】、【エビデンスに基づく適切な医療及び看護の提供】、【医師と患者の橋渡しの役割】などは「期待しているまたは「大変期待している」が上位5位までに選択されており、研修修了看護師が在宅看護や急変対応などで単独で責任をもって医療や看護を提供できる力を求めていると考えられる。その一方で、「期待していない」または「あまり期待していない」の割合に注目すると、約2割弱ではあるが、【医師の負担軽減や診療支援】を期待する割合は他の項目に比べて低く、患者・住民のためにそれぞれが担える役割を重ね持つことで、少ない人材でも常に安定した医療提供が行えるタスクシェアを図りながら協働すべきと考えている傾向が推察された。チームにおける役割の割り当ては、それぞれの異なるニーズがあり、チーム・メンバーは様々なあらゆる役割を満たすよう選定されるべき¹⁸⁾と言われており、研修修了看護師に対してはタスクシフトとして、医師の役割の代行を強く期待するという医師ばかりではなく、もともとの看護師の役割を維持しつつ、いくつかの役割を状況に応じ

てタスクシェアすることもへき地医療の維持・向上では求められていると考える。このことは、研修修了看護師と協働する医師等が影響を受けると考えていることについての調査報告にある「看護師からの診断や治療に必要な情報について報告への信頼の高まり」、「手順書を通して患者の治療について看護師と話し合うようになった」等¹⁹⁾の結果でも期待できる役割拡大であることが示されており、へき地医療・へき地看護の維持・向上には重要な観点であると考えられる。特に、へき地診療所のように人材の少ない中では、患者・地域住民が最善な治療・療養生活の意思決定ができるように、かつ、安全で安定した医療提供が常に受けられるように、それぞれの医療者が持っている情報や知識、考えや判断、技術を共有し、それぞれの役割を重ね合わせることがより求められる。そのため、今回の調査結果のように、看護師には医師の指示のもと行動するだけでなく、看護師として患者の療養生活を、根拠をもって判断しつつ、研修修了看護師には治療という側面でも医師と意見交換できる協働者としてタスクシェアしていける活動が期待されていると推察される。

2. へき地医療における診療所看護師の特定行為実践の展望

へき地診療所に勤務している常勤医師が実施している特定行為に該当する医行為は、創傷管理関連に該当する行為がもっとも多かったが、それ以外の上位5行為までは薬剤調整に該当する行為の区分であった。一方、実施が少ない行為は概ねドレーン管理関連や術後に関する区分に該当する行為が多く、他は、透析管理関連に該当する行為のように機材環境がないと提供できない医行為であった。2014年に実施されたへき地診療所看護師を対象とした診療の補助行為の実施状況調査¹⁵⁾では、「褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血」、「胃ろう・胃ろうチューブ・胃ろうボタンの交換」、「経口・経鼻挿管の実施」、「血糖値に応じたインスリン投与量の判断」、「膀胱ろうカテーテルの交換」などが多かった。この研究結果と本研究結果を比較すると「褥瘡の壊死組織のデブリードマン・止血」、「血糖値に応じたインスリン投与量の判断」は同様にへき地診療所における実施割合が高かったが、「ろう孔管理関連」は低かった。この理由としては、胃瘻造設を減らす政策が

反映されていることや、内視鏡検査下でのカテーテル交換しか認められていない診療報酬の現状などが影響している可能性が考えられる。

また、ろう孔を造設してへき地で暮らしている場合、カテーテルの定期交換やろう孔トラブル時の対応をへき地診療所ではなく、へき地中核拠点病院等に受診して、管理を受けている可能性が高い。そのため、へき地診療所の医師が実施している割合が低かったことが考えられる。しかし、今後、がん患者の在宅移行や病院機能分化の促進により在宅医療が推進されていくと、様々な医療処置を要する患者がより多く地域医療の対象となることが想定される。また、ろう孔造設の多くは高齢者であり、その管理には医療者の支援を要する場合が多い。そのような患者がへき地に退院した場合、病院から退院できても、病院受診までの距離や、要介護者が移動に係る時間と労力などの課題は、へき地住民の高齢化や人材不足と重なって大きな負担となり、へき地での暮らしを維持できなくさせる結果につながると推察される。そのため、高齢者に多いう孔造設者の管理をへき地診療所でも行えるようになっておくことは、今後のへき地医療の維持にとって有益なことであると考ええる。これらの事から、へき地診療所看護師がへき地医療の対象背景を踏まえて、へき地診療所の医師が多く行っている特定行為区分だけでなく、「ろう孔管理関連」を選択して学ぶことは今後のへき地医療において活躍が期待される特定行為区分であると考ええる。

さらに、医師が必要と考える行為区分は、実施している医行為と概ね同様の行為区分で、「創傷管理関連」や各種「薬剤調整関連」であったが、「中心静脈カテーテル管理関連」や「呼吸器（長期呼吸療法）関連」、「皮膚損傷に係る薬剤投与関連」なども必要と回答していた。これは、医療処置を要する状態のまま退院し、在宅において継続して治療を受けている住民が増加していることが背景にあるのではないかと推察される。また、へき地診療所によっては、訪問診療・訪問看護も行っており、研修修了看護師が単独で訪問し、医療処置を実施できるようにタスクシフトやタスクシェアすることで、医療提供の機会を拡大し、へき地における療養生活の維持に貢献できることを期待しているのではないかと考える。

その一方で、へき地診療所の特性でもあるが、

慢性的な疾患や継続した療養を要する住民が継続的に治療・看護を受ける場であることから、へき地診療所で研修修了看護師が医師の代行で実施する特定行為の種類は外科系や医療器材の環境に影響を受ける手技的行為や行為区分以外であるものの重要性も高く、本調査の結果から薬物療法に関わる知識、自己管理支援などの能力を有する特定行為・特定行為区分を優先的に選択して研修を受講することも研修修了後の活動につながる可能性が高いと考えられる。

これらの事より、医師が実施している医行為や必要と考える特定行為区分は、2019年度に省令改訂を行い、承認を受けた【在宅・慢性期領域パッケージ：「呼吸器（長期呼吸療法）関連」、 「創傷管理関連（創傷に対する陰圧閉鎖療法を除く）」、「ろう孔管理関連（膀胱ろうカテーテル交換を除く）」、「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連（持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整を除く）」が該当する】に含まれる行為が多かったが、その一方でへき地診療所における診療所看護師が研修を受講し、その活動をより有益に実践していくためには、【在宅・慢性期領域パッケージ】に「感染に係る薬剤投与関連」、「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」を加える必要性があると考ええる。これらの特定行為は、へき地拠点病院看護管理者が必要だと考える特定行為区分として挙げられた「創傷管理関連」、「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」、「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」、「感染に係る薬剤投与関連」¹⁷⁾や、新田²⁰⁾による病院とは必要な特定行為・特定行為区分は異なり、在宅・地域医療での多い疾患からの特定行為・特定行為区分を選定すべきという指摘で在宅医療での必要性の高い特定行為区分として提案された「呼吸器（長期呼吸療法）関連」などは類似しており、今後、へき地診療所における研修修了看護師の活動が期待される分野であると考ええる。

さらに、今回の調査対象の診療所では、看護職の数に大きな差があった。診療所群がグループとなって連携しているところや、医療従事者の数が多い診療所などでは、手術こそ行っていないが、がん患者の療養や術後の治療を病院から引き継いで、在宅医療でフォローしていることが推察される医行為の実施状況があった。具体的には、術後の栄養管理や抗がん剤治療を継続して受けている

ことが予想される末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの管理や、術後のドレーン抜去を含むドレーン管理をへき地診療所の医師が実施していた。今後、これらの医行為の実施を特定行為として研修修了看護師がタスクシフト・タスクシェアすることで、よりへき地での在宅医療の維持・向上につながると考える。つまり、へき地診療所の特性によっては、急性期に受けていた医療処置や治療を退院後も継続しなくてはならない患者を、へき地診療所で治療・看護を継続していくことが求められていると考える。今後の在宅医療の推進を鑑みても、これらの行為が含まれる「中心静脈カテーテル管理関連」や「皮膚損傷に係る薬剤投与関連」、「末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理関連」、「各種ドレーン管理関連」の研修受講は、所属するへき地診療所が担っている特性に応じた研修修了看護師の活動につながると期待できる。

V. 結論

本研究は、へき地におけるチーム医療の一躍を担うへき地診療所に勤務する常勤医師の捉える研修修了看護師の認知度や期待、医行為の実施状況などを明らかにし、今後のへき地医療における研修修了看護師の活動のための示唆を得ることを目的とした。1,018のへき地診療所に勤務する常勤医師を対象に、郵送にて無記名自記式質問紙調査にて、研修制度の認知、研修修了看護師に関する期待、および特定行為に準ずる医行為の実施状況などを調査し、172部の回答を得て、以下のことが明らかとなった。

なお、本調査の回収率は、2割弱と低い結果であり、結果の一般化は難しいと考える。しかし、概ね全国各地の対象者からの回答を得ていることや、へき地診療所の常勤医師の看護職への期待の初回調査であり、へき地診療所の医師と看護職の協働の足掛かりを検討する一資料にはなると考える。今後は、より本制度の周知活動を行いつつ、回収率を上げるための働きかけを行い、継続調査を行う必要があると考える。

1. 看護師の特定行為に係る研修制度について、へき地診療所に勤務する常勤医師の認知度は「聞いたことがある」が最も多く約5割で、「よく知っている」または「知っている」が約

4割であり、先行調査の対象である管理者等に比べ具体的な認知度は低い傾向があった。

2. へき地診療所に勤務する常勤医師が年間で実施している特定行為に該当する医行為は、「創傷管理関連」に該当する行為が最も多く、その他に各種「薬剤投与・調整管理関連」に該当する行為が多かった。また、「心嚢ドレーン管理関連」ならびに「透析管理関連」の実施を回答したものはいなかった。
3. へき地診療所において常勤医師が必要だと考える特定行為区分は、医師の実施状況で行われている医行為と概ね同様の行為内容であった。しかし、医師の実施割合が少ない「皮膚損傷に係る薬剤投与関連」、「中心静脈カテーテル管理関連」、「ろう孔管理関連」、「末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理関連」、「呼吸器（長期呼吸法）管理関連」などの医療処置に関する特定行為・行為区分の必要性も挙げられていた。
4. へき地診療所で研修修了看護師が医師の代行で実施する特定行為や、必要と考える行為区分から薬物療法に関わる知識、自己管理支援などの能力を有する特定行為・行為区分の研修受講が修了後の活動につながることが示唆された。具体的には、「在宅・慢性期領域パッケージ」に「感染に係る薬剤投与関連」や「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」を加えての受講、さらには、術後の医療処置やがん治療を継続する患者の診療・看護のニーズがあるへき地診療所看護師には、「中心静脈カテーテル管理関連」や「皮膚損傷に係る薬剤投与」、「末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理関連」、「各種ドレーン管理関連」を加えた受講を推奨する。
5. へき地診療所に勤務する常勤医師からの修了看護師への期待は大きいことが示された。なかでも、研修修了看護師が在宅看護や急変対応などで単独で責任をもって医療や看護を提供できる力を期待していた。また、【医師の負担軽減や診療支援】を期待する割合は比較的lowく、患者・住民のためにそれぞれが担える役割を重ね持つことで、少ない人材でも常に安全で安定した医療提供が行えるタスクシェアとしての活動が期待されていることが推察された。

付記 本研究は、平成元年度厚生労働科学研究費補助金・地域医療基盤開発推進研究事業「へき地

医療の向上のための医師の働き方およびチーム医療の推進に係る研究（代表 小谷和彦）」に係る研究として実施した。

文献

- 1) 岐阜県：地域医療確保のための課題と取り組み，第2期地域医療を守り育てる群上市ビジョン，https://www.city.gujo.gifu.jp/admin/docs/2nd_chiiki_iryō_mamori_sodateru_gujo_vision.pdf. (2021年12月2日閲覧)
- 2) 榎田泰明：へき地診療所の医師として，月刊地域医療，8 (3)；203-206，2014.
- 3) 厚生労働省：【特定行為に係る看護師の研修制度の概要】制度の趣旨，<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000070423.html>. (2021年12月2日閲覧)
- 4) 厚生労働省：【特定行為に係る看護師の研修制度】研修を修了した看護師について 看護師の特定行為研修を修了した看護師数（令和3年9月現在），<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000842068.pdf>. (2021年12月2日閲覧)
- 5) 永井良三，春山早苗，釜范敏他：看護師の特定行為研修の修了者の活動状況に関する研究，厚生労働行政推進調査事業費補助金 厚生労働科学特別研究事業 平成28年度総括報告書（栃木），6-25，2017.
- 6) 永井良三，春山早苗，村上礼子他：看護師の特定行為研修の効果及び評価に関する研究，厚生労働行政推進調査事業費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業 平成29年度総括・分担研究報告書（栃木），91-155，2018.
- 7) 真田弘美，春山早，須釜淳子他：特定港研修の修了者の活用に関する方策に関する研究，厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業 令和元年度年度末報告書（東京），4-6，2020.
- 8) 赤沼裕子：周術期医療の効率と患者安全に貢献する周麻酔期看護師の活動報告，日本手術医学会誌，42 (1)；70-74，2021.
- 9) 見城明，丸橋繁，遠藤俊吾他：時代が求める外科医の働き方 特定行為研修を修了した看護師にタスクシフトするための課題と対策，日本外科学会雑誌，122 (2)；250-252，2021.
- 10) 河尾眞美，青柳智和：医師が看護師特定行為に期待する内容とタスクシフトへの具体策の検討，日本医療マネジメント学会雑誌，21suppl；307,2020.
- 11) 上村裕一：麻酔科医の働き方を変える 麻酔科医のタスクシフティングと特定行為群研修，日本臨床麻酔科学会誌，41 (2)；195-197，2021.
- 12) 石橋まゆみ：手術室看護師サイドから見た特定行為，日本臨床麻酔医学会誌，40 (5)；547-553，2020.
- 13) 川名由美子：診療看護師配属による脳神経外科のタスクシェアリングについて，日本医療マネジメント学会雑誌，21；231，2020.
- 14) 森寛泰，山口壽美枝，竹本雪子他：新型コロナウイルス感染症疑い患者対応における診療看護師（NP）の役割 タスクシェアと診療機能維持，日本臨床救急医学会雑誌，24 (2)；275，2021.
- 15) 江角伸吾，山田明美，中島とし子他：へき地診療所における看護師の診療の補助行為の実施状況—12項目の特定行為（案）に着目して—，日本ルーラルナース学会誌，9；47-56，2014.
- 16) 加藤源太，秋山智弥，中山健夫他：看護師による特定行為の提供活性化に向けた，特定行為研修の受講ニーズの評価に関する研究，厚生労働省行政推進調査事業補助金（厚生労働省科学特別研究事業）平成28年度総括・分担研究報告書（京都），4-7，2017.
- 17) 村上礼子，春山早苗，八木街子他：へき地医療拠点病院に対する看護師特定行為研修の受講促進に向けた新たな提案-看護管理者の期待と特定行為研修の受講状況から—，日本ルーラルナース学会誌，16；11-17，2021.
- 18) スティーブン・P・ロビンズ著，高木晴夫訳：組織行動のマネジメント，ダイヤモンド社（東京），207-217，2018.
- 19) 江角伸吾，関山友子，八木街子他：特定行為研修修了者の活動による影響—施設管理者および協働する医師の捉え方より—，日本ルーラルナース学会誌，15；1-16，2020.
- 20) 新田罔夫：在宅・地域で求められる特定行為とは，訪問看護と介護，20 (6)；482-486，2015.

Expectation for Activities of Nurses Completing the Specified Medical Act Training in rural and remote clinics

Reiko Murakami, Sanae Haruyama, Shingo Esumi, Kazuhiko Kotani

Summary

A study was conducted among doctors working in rural and remote clinics to clarify their recognition and expectation of nurses who have completed the specified medical act training ("Specified Medical Act Nurse"). Self-administered anonymous questionnaires were sent to doctors working at 1018 rural and remote clinics in Japan asking them about their recognition of the training system, their expectations for the Specified Medical Act Nurses, and their practice of medical acts that are equivalent to the specified medical acts. A total of 172 (16.9%) valid responses were received, and about half of the doctors had heard of the training system. For the doctor's medical acts, the most common was wound management followed by the administration of drugs for glycemic control, infection, and other conditions, and a similar result was found for the specified medical acts that the doctors considered necessary. In addition, the doctors had higher expectations for *providing appropriate medical and nursing services based on evidence, action when doctors are too busy to act in a timely manner or when they are absent but lower expectations for reduction of the burden of doctors and medical care support*. From these, it can be inferred that they believe doctors and nurses should work together with their respective responsibilities and expertise, and they expect to share tasks in their practice. Specified Medical Act Nurses are expected to play an active role after learning the specified medical act categories related to the knowledge of medication and self-care support.

Key words : rural and remote clinic, Specified Medical Act, nurse, expectation for activity

1) School of Nursing, Jichi Medical University,

2) School of Medicine, Jichi Medical University

原著論文

胃瘻造設患者の経口摂取再開を促進する訪問看護師の看護実践

古内三基子¹⁾，村上礼子²⁾

抄録

目的：病院で経口摂取を再開することなく在宅へ移行した胃瘻造設患者（以下、胃瘻患者）に対し、経口摂取再開に向けた訪問看護師の看護実践を明らかにし、経口摂取再開を促進する看護実践の示唆を得ることを目的とする。

方法：胃瘻患者の経口摂取再開を支援し、経口摂取の再開を可能とした経験がある関東圏の訪問看護師6名を対象に、看護実践内容について半構造化面接を実施し、質的記述的にインタビュー内容を分析した。

結果：経口摂取再開を可能とした看護実践から、75のサブカテゴリ、35のカテゴリが生成され、最終的に「経口摂取に対する患者・家族の思いの尊重」「経口摂取再開に向けた方針の共有」「関係者間の連携調整と強化の必要性」「介護者の負担軽減」「間接訓練の安全性の確保」「直接訓練の安全性の確保」という6のコアカテゴリが見出された。

考察：コアカテゴリから経口摂取再開を促進する看護実践を考察したところ、1) 経口摂取再開に向け調整を図るための看護実践、2) 経口摂取再開に向け安全な訓練を支援するための看護実践、3) 窒息や誤嚥予防等リスク回避に関連した支援を継続するための看護実践という3つの示唆を得た。

キーワード：胃瘻造設患者，訪問看護，経口摂取再開，看護実践

1. はじめに

摂食・嚥下障害などにより長期的に経口から必要な栄養を摂取できない患者にとって、胃瘻は生命予後を改善させ、生活の質を向上させる。また、胃瘻は管理が簡便で在宅でも対応できるなど生活に根ざした利点を有し、投与法や栄養学的効果も他の人工的水分・栄養補充法よりも優れている¹⁾。これらの有用性と並行して、在院日数の短縮や転院・退院といった社会・経済的側面からも評価され、国内外で多く利用されてきた¹²⁾。我が国は、2000年頃より経皮内視鏡的胃瘻造設術が急速に普及し、2011年には、胃瘻造設患者（以下、胃瘻患者）は約26万人と推計され³⁾、2013年には、40万人と推計された⁴⁾。

しかし、近年、在院日数の短縮化により、胃瘻

造設後に病院単独で経口摂取の再開まで支援していくことが困難な状況にある。さらに、胃瘻造設後、専門的な訓練等を受けることができる回復期病院への転院は1割にも満たない現状があり、大半が療養型病院や在宅へ移行している⁵⁾。療養型病院や在宅へ移行した胃瘻患者の中には経口摂取が可能と判断される事例が多数存在している^{6,7,8)}との報告がある一方で、経口摂取に至っていない現状も報告されていた⁹⁾。小山¹⁰⁾は「人間にとって『口から食べる』ことは、生命活動に必要な栄養をとることであり、幸福に生きる生命の根幹をなす」と述べ、さらに「胃瘻栄養などの代替栄養が普及したことにより、経口摂取の可能性があるにもかかわらず、非経口栄養での長期的な栄養管理が常態化した」ことを危惧し、「看護職は患者の口から食べる良好な機能を見極め、適切なケアにより摂食・嚥下機能の回復、自立した食事行動への援助を強化していく必要がある」と述べている。

1. 自治医科大学附属病院

2. 自医科大学看護学部

2013年に報告された全国調査¹¹⁾の結果では、胃瘻患者に対する口腔ケアや摂食・嚥下訓練は80%近く訪問看護師が実施していることが報告されていた。しかし、訪問看護師の訓練の実施において困難と感じていることとして、「外部の歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士等の協力を得ることが難しい」や「時間的、財政的な理由で訓練の体制をつくるのが難しい」との他職種との連携や支援体制構築の困難に加え、「色々な訓練の方法があり、どれが有効なのか判断できない」や「摂食・嚥下機能が低下した利用者にあった訓練の方法がわからない」といった訓練方法に対する不安が報告されていた。また、深田らの報告¹²⁾からも、訪問看護師の摂食・嚥下障害看護を妨げる要因には、【摂食・嚥下障害、基礎訓練の知識不足】【摂食・嚥下機能を短時間で判断ができない】【機能帰結がわからない】【病態に応じた援助方法を判断できない】【リスクが怖い】があり、看護実践において専門的な知識・技術の習得や、アセスメント能力とリスク管理能力の向上、多職種との連携などが課題となっていた。

摂食・嚥下障害看護において、訪問看護師が抱える課題や看護を妨げる要因について明らかにされているものの、経口摂取再開を促進する看護について明らかにされた研究は見当たらなかった。そこで、本研究では、経口摂取を再開できずに在宅へ移行した胃瘻患者に対し、訪問看護師の経口摂取再開を可能にした実践の分析を通して、経口摂取再開を促進する看護実践の示唆を得ることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究協力者と対象事例の選定

胃瘻患者（以下、患者）の経口摂取再開の事例を経験した訪問看護師6名とした。研究協力者の選定は、便宜的標本抽出法（ネットワークサンプリング）としたため、関東圏にある訪問看護ステーションの看護師を対象とした。

対象事例において、頭頸部癌や食道癌など、通過障害や減圧目的に胃瘻を造設した患者は対象外とした。また、小児は成長に合わせた経口摂取の方法や食形態の変化、疾患の回復の過程において看護介入に差が生じる可能性があると考え、本研究では対象から除外した。なお、インタビューによる研究協力者の拘束時間も考慮し、研究協力者

1名につき1事例とした。

2. データ収集方法

1) 研究協力者に関する事前調査

事前に質問用紙を郵送し、年齢、看護師経験年数、訪問看護師歴、経口摂取を再開させた事例数を調査した。

2) 面接方法

作成したインタビューガイドに沿って半構造化面接を対面で実施した。なお、インタビュー内容は研究協力者の同意を得てICレコーダーに録音した。

3) インタビュー内容

- (1)事例の情報：年齢、性別、病名、障害の状況、家族構成、経口摂取状況、胃瘻の使用状況、訪問看護の利用状況、社会資源の利用状況など
- (2)介護者の情報：年齢、性別、続柄、疾患の有無など
- (3)経口摂取再開を可能と判断した契機
- (4)経口摂取再開に向けた訓練開始時の患者・家族の状況
- (5)実際の看護実践内容と結果及び評価
- (6)他職種との連携状況
- (7)行政への働きかけとその内容

3. 分析方法

研究協力者ごとに逐語録を作成し、経口摂取再開に向けた看護実践の語りを抜き出し、コード化した。その後、全コードを概観し、類似したコードをまとめサブカテゴリとし、さらに類似性によりカテゴリ化したものをコアカテゴリに分類し、意味内容が損なわれないようにそれぞれに表題をつけた。

データ分析における真実性を確保するため、逐語録からデータを抽出する過程や分析の全過程において、在宅看護や質的研究の複数の研究者からスーパーバイズを受けながら進めた。

4. 倫理的配慮

研究に対して協力が得られた訪問看護ステーションの管理者および研究協力者に対して、研究協力依頼書を用いて研究の趣旨、研究目的、内容、方法および、個人や施設が特定されぬようデータの管理方法について十分に説明を行った。さらに、研究協力は自由意思であること、途中辞

退の保障，学会等研究公表など，口頭及び文書にて説明の上，同意を得た。面接時は時間や場所，勤務状況など十分に考慮し，勤務等の妨げにならぬよう事前に調整し実施した。

本研究は自治医科大学倫理審査委員会の承認（承認日：2017年07月13日，承認番号：臨大16-119）を得て実施した。

Ⅲ．研究結果

研究協力者6名の属性と，研究協力者より得られた6事例の情報を表1に示す。

インタビューより得られた看護実践は322に

コード化され，分析の結果，75サブカテゴリ，35のカテゴリが抽出された。さらに分析を繰り返し最終的に6のコアカテゴリに分類された。コアカテゴリを《 》，カテゴリを【 】，サブカテゴリを〔 〕で示す。なお，「 」の表記は研究協力者の語りの抜粋である。

総インタビュー時間は289分，平均約48分であった。

1. 《経口摂取に対する患者・家族の思いの尊重》

このコアカテゴリは3の看護実践カテゴリから形成された。

表1 研究協力者の属性と事例の情報

訪問看護師	A氏	B氏	C氏	D氏	E氏	F氏
年齢（歳）	50代前半	40代後半	50代後半	50代前半	40代後半	50代前半
性別	女性	女性	女性	女性	女性	女性
看護師経験年数（年）	30	25	20	30	22	25
訪問看護師経験年（年）	14	18	12	12	19	18
経口摂取再開事例数	6事例以上多数	1事例	6事例以上多数	2事例	5事例	6事例以上

事例	a氏	b氏	c氏	d氏	e氏	f氏
年齢	60代前半	80代前半	70代前半	80代前半	70代前半	80代前半
機能障害の要因	神経難病	脳卒中 (合併症COPD)	脳卒中	神経難病	神経難病	脳卒中
介護度	要介護5	要介護5	要介護3	要介護3	要介護5	要介護5
社会資源の利用状況	医療保険	介護保険	介護保険	介護→医療保険	医療保険	介護保険
訪問看護	1回/週	1回/週	30分 3回/週	ヘルパー同行 3回/週 主に入浴介助	2回/週	1回/週
デイケア	利用あり	利用あり	利用あり	利用なし	利用なし	利用なし
ショートステイ	7日間/月 (まとめて)	4日/週	訪問リハ1回/w (水)	2回/月	利用なし	2回/週
訪問リハ	利用なし	利用なし	1回/週	2回/週	2回/週	利用なし
その他のサービス	ヘルパー：2回/日 (朝・夕)	朝夕3日/週	嚥下外来	訪問リハビリ 2回/週	2回/週	利用なし
初回訪問から 経口摂取支援 開始までの期間	2ヶ月	1ヶ月	6ヶ月	1ヶ月	訪問開始直後	6ヶ月
経口摂取再開の結果	軟菜食	ゼリー食	常食	常食	軟菜食	常食

表2 経口摂取再開に対する患者・家族の思いの尊重

カテゴリ	サブカテゴリ
患者の食べたいという思いと家族の食べさせたいという思いを把握	患者の「食べたい」という思いと家族の「食べさせたい」という思いを把握した
患者・家族の思いに沿った訓練計画を立案，実施	訓練のレベルアップは患者の意向を組み入れ実施した 患者・家族の思いに沿う間接訓練の看護計画を立案した
訪問看護のケアの時間を調整し，嚥下訓練の時間を確保	身体ケアの時間を調整し，間接訓練の時間を確保した

研究協力者の5名が訪問看護の初回訪問時から経口摂取再開を強く希望していることを確認し【患者の食べたいという思いと家族の食べさせたいという思いを把握】していた。その中には、「介護者に対して、申し訳ないという思いから自立したいという気持ちで経口摂取を望んでいた」ケースや、「絶飲食の状態であるにもかかわらずピフテキを食べたいと訴えた」ケースもあった。経口摂取再開に対して消極的だった1事例は、主介護者の介護力が低い状況にあった。しかし、この事例は退院後、誤嚥性肺炎を起こすことなく在宅で過ごすことができていたため、誤嚥性肺炎を予防する目的で訓練を開始し、それが効を奏し、経口摂取再開に至ったケースであった。

【患者・家族の思いに沿った訓練計画を立案、実施】では、患者自身が訓練に対して慎重になっているケースがあり、訪問看護師は訓練のレベルアップが可能と判断しても受け入れられない状況から、無理をせずに〔訓練のレベルアップは患者の意向を組み入れ実施した〕。一方で、経口摂取再開を強く望むケースでは、誤嚥などの危険が及ばぬよう、全身状態を観察しつつ無理のない訓練計画を立案し、【訪問看護の時間を調整し、間接訓練の時間を確保】し、毎回少しでも多く訓練の時間が確保できるよう、清拭や排泄ケアなどのケアの調整を図っていた。

2. 《経口摂取再開に向けた方針の共有》

このコアカテゴリは5の看護実践カテゴリから形成された。

経口摂取再開を望む患者・家族の思いを確認した訪問看護師は、医師より【嚥下機能が障害された原因を把握】し、経口摂取再開の実現に向けて【活動性を含む全身状態のフィジカルアセスメント】を実施していた。さらに、【口腔内の保清状況、口腔周囲の可動性、嚥下機能（のどの動き、ムセの有無）を観察・確認】は、歯科衛生士に、姿勢など【経口摂取訓練を開始するための条件を言語聴覚士に相談】し、それぞれの専門家の意見を踏まえて経口摂取再開の可能性を捉えていた。それらの情報を在宅医と共有し、【医師の嚥下機能評価の判断を確認後、許可を得て訓練を開始】を決定していた。

3. 《関係者間の連携調整と強化の必要性》

このコアカテゴリは6の看護実践カテゴリから形成された。

経口摂取再開の方針決定後、安全な訓練に向け【嚥下状況と口腔内を評価するために、歯科衛生士の協力を調整】していた。また、その評価を、利用している居宅サービス等【関係する医療者間で情報の共有と問題解決のためのカンファレンスを企画、実施】や、ステーションの【訪問看護師間で食支援の状況を共有】し、患者に関わるすべての医療者が同じレベルでケアや訓練が実施できるよう調整を図っていた。

訓練中の嚥下機能の評価において、専門的な介入が必要と判断した場合は【口腔のリハビリテーション（以下、リハビリ）を継続するために、訪問リハビリと介護者の協力を調整】し、残存機能

表3 経口摂取再開に向けた方針の共有

カテゴリ	サブカテゴリ
嚥下機能が障害された原因を把握	嚥下機能が障害された原因について情報を得た
活動性を含む全身状態のフィジカルアセスメント	活動性を含む全身状態のフィジカルアセスメントを行った
口腔内の保清状況、口腔周囲の可動性、嚥下機能（のどの動き、ムセの有無）を観察・確認	口腔周囲の筋力を評価した
	嚥下機能障害の状況と口腔周囲の可動域を観察した
	口腔周囲の可動性、唾液の嚥下時の喉の動き、ムセの有無を確認した
	初回訪問時に歯科衛生士の同行訪問を依頼し、口腔内の衛生状態と嚥下機能の状況について情報を得た
経口摂取訓練を再開するための条件をSTに相談	経口摂取訓練を開始するための条件をSTに相談した
	他職種（ST）より訓練可能な食形態と姿勢について情報を得て、訓練を開始した
医師の嚥下機能評価の判断を確認し許可を得て訓練を開始	経口摂取の許可を医師に相談し許可を得た
	嚥下外来の受診を勧めた
	医師に嚥下機能の評価を依頼した
	嚥下外来の嚥下機能評価を確認後、訓練を開始した

の維持に努めていた。

誤嚥性肺炎など異常の兆候に主介護者がいち早く気づき、迅速に対応されるよう【誤嚥性肺炎時の対応について、介護者・在宅医と事前に調整】をしていた。

患者が個人的に歯科受診している情報を得ると、【訪問看護ステーション関連外の歯科医師からのサポート情報も把握】し、その情報も関係者間で共有していた。

4. 《介護者の負担軽減》

このコアカテゴリは5の看護実践カテゴリから形成された。

患者の間接訓練や直接訓練を含む介護において、サポートする家族の存在はあるものの、介護のほとんどを主介護者が担っていた。

主介護者の1日の過ごし方や負担に思うこと、副介護者のサポート状況等【介護者の介護負担の状況を把握】後、【経済面に配慮し、自宅にある食材や試供品を用いて摂食訓練を実施】【簡単な介護食の作り方や、市販の介護食の購入方法を紹介】等、負担軽減に向けた工夫を図っていた。さらに、【最大限利用できる居宅サービスを調整】や【介護者の介護力を評価し、介護者に出来るケアは依頼し、その他はヘルパーと看護師が実施】など主介護者の身体的負担の軽減を図っていた。

表4 関係者間の連携調整と強化の必要性

カテゴリ	サブカテゴリ
嚥下状況と口腔内を評価するために、歯科衛生士の協力を調整	初回の嚥下評価を歯科衛生士に依頼した
関係する医療者間で情報の共有と問題解決のためのカンファレンスを企画、実施	利用している居宅サービス（デイサービス・ショートステイ・ヘルパー）の医療者とカンファレンスを企画・調整し、情報を共有した
	デイサービスやショートステイの看護師、ヘルパーに口腔ケアや訓練の情報を提供し、訓練の質を高めた
	利用している居宅サービスで提供する食形態と食事量の調整を行った
	各居宅サービスの食支援における問題点の解決に向けたカンファレンスを実施した
	デイケアのSTからの訓練状況の情報を共有した
	デイケアやショートステイの看護師、ヘルパーのケアの状況を把握した
訪問看護師間で食支援の状況を共有	訪問看護師間で食支援の状況を共有した
口腔リハビリを継続するために、訪問リハビリと介護者の協力を調整	残存機能維持のための機能訓練を訪問リハビリに依頼した
	咀嚼や嚥下に関連する筋肉の緊張を緩和するマッサージを、他職種（訪問リハビリ）と連携して実施した
	口腔リハビリを継続するために訪問リハビリと介護者の協力を得た
誤嚥性肺炎時の対応について、介護者・在宅医と事前に調整	介護者に誤嚥性肺炎発症時の対処方法を説明した
	事前に誤嚥性肺炎発症時の対応を在宅医に依頼した
訪問看護ステーション関連外の歯科医師からのサポート情報も把握	咀嚼機能を維持するサポートを訪問看護ステーション関連外の歯科医師より受けていることの情報を得ていた

表5 介護者の負担軽減

カテゴリ	サブカテゴリ
介護者の介護負担の状況を把握	介護者と患者の1日の過ごし方を情報収集した
	主介護者の介護負担状況を情報収集した
	副介護者の介入状況を情報収集した
経済面に配慮し、自宅にある食材や試供品を用いて直接訓練を実施	経済面に配慮し、自宅にある食材を用いた直接訓練を実施した
	経済面に配慮し、試供品を用いた直接訓練の実施した
簡単な介護食の作り方や、市販の介護食の購入方法を紹介	簡単な介護食の作り方や、市販の介護食の購入方法を紹介した
最大限利用できる居宅サービスを調整	最大限利用できる居宅サービスを調整した
介護者の介護力を評価し、介護者に出来るケアは依頼し、その他はヘルパーと看護師が実施	介護者の介護能力に合わせて、介護者に出来るケアを依頼した
	誤嚥予防の口腔ケアを他職種（ヘルパー）に依頼した
	患者のセルフケア能力と介護者の介護力を査定し、訪問時は間接訓練を重点的に実施した

表6 間接訓練の安全性の確保

カテゴリ	サブカテゴリ
入院中の訓練内容の情報収集	入院中の訓練内容を情報収集した
退院時の嚥下状況を確認	退院時の嚥下状況を確認した
全身の筋肉の緊張を緩和する関節可動域訓練とADLの拡大のための座位保持訓練を実施	全身の筋肉の緊張を緩和するために、全身の関節可動域訓練を行った
	間接訓練と同時に座位保持訓練とADL拡大のリハビリテーションを取り入れた
訓練に臨める栄養状態を維持できるよう胃瘻より栄養管理の実施	ベッド上の安定した姿勢を調整した
	栄養状態を改善させ、安定して訓練が実施できるよう、胃瘻から必要栄養量を調整した
間接訓練（口腔内外のマッサージ、舌・口腔周囲の運動、発声訓練）を実施	訓練に臨める栄養状態を維持するために、医師に栄養管理に関する相談を行った
	間接訓練（口腔内外のマッサージ、嚥下体操、発声訓練）を口腔ケア時に実施した
訪問時間内での訓練の他、自主トレーニングメニューを作成し訓練を継続	舌・口腔周囲の可動域訓練を実施した
	訪問時間内に出来る訓練に優先順位をつけて実施した
合併症の症状緩和と病状（機能障害）に合わせた訓練を実施	間接訓練の自主トレーニングメニューをSTと連携し作成した
	病状に合わせた訓練方法を工夫し実施した
	合併症（COPD）による症状を緩和し、機能障害にあわせた訓練を実施した
	嚥下機能の障害に合わせた訓練を実施した

表7 直接訓練の安全性の確保

カテゴリ	サブカテゴリ
訓練内容や食形態について他職種（ST）に相談	訓練内容や食形態について他職種（ST）に相談した
介護者に嚥下状態を説明し、嚥下しやすい体位を指導	介護者に嚥下しやすい体位を指導した
	現在の嚥下状態が介護者に理解できるよう説明した
嚥下状況や口内残渣の状況から食塊形成機能を把握し食形態を調整・変更	訓練はペースト状の食事から開始した
	嚥下の状況に合わせ食形態を調整した
	嚥下状況に合わせ食形態の変更を行った
	口内残渣を確認し食塊形成機能を把握した
	口内残渣の有無を含め、口腔内の観察を行った
訓練食の量は嚥下状況（嚥下努力）に合わせ調整	訓練食の量は嚥下状況（嚥下努力）に合わせ調整した
嚥下状況に合わせ一口量を調整し嚥下ごとに反復嚥下法を実施	訓練中、嚥下ごとに反復嚥下法を実施した
	嚥下状況に合わせた一口量を調整した
訓練中に誤嚥の有無を観察（嚥下音や甲状軟骨の動き、ムセの有無）	訓練中、誤嚥の有無を観察（嚥下音や甲状軟骨の動き、ムセの有無）した
患者・介護者の食行動や食環境を観察し、誤嚥性肺炎のリスクファクターを把握し、予防できるよう介入	患者・介護者の食行動を把握し、誤嚥のリスクファクターを確認した
	初回訪問時より誤嚥性肺炎のリスクがあることを把握した
	介護者による摂食訓練の状況を確認した
	患者に誤嚥のリスクとなる食行動を指摘し、注意した
	介護者にスクイーミングや体位ドレナージなど、排痰法を指導した
訓練が継続できるよう、訓練食の味を嗜好に調整	便秘による腹部症状が誤嚥性肺炎のリスクとならぬよう、排便コントロールを行った
	訓練が継続できるよう、訓練食の味を嗜好に合わせた
残存機能が維持されるよう、間接訓練と無理のない範囲で直接訓練を継続	間接訓練も継続して実施した
	残存機能維持のために、無理のない範囲で直接訓練を継続した

5. 《間接訓練の安全性の確保》

このコアカテゴリは7の看護実践カテゴリから形成された。

経口摂取再開に向けた準備段階として、患者の外来受診に同行し、【入院中の訓練内容の情報を収集】や【退院時の嚥下状況を確認】をするなど、安全に間接訓練を実施するための情報収集をしていた。

実際の訓練では【全身の筋肉の緊張を緩和する関節可動域訓練とADLの拡大のための坐位保持訓練を実施】から開始していた。また、患者の栄養状態を評価し、【訓練に臨める栄養状態を維持できるよう胃瘻より栄養管理の実施】がされていた。実際の【間接訓練（口腔内外のマッサージ、舌・口腔周囲の運動、発声訓練）を実施】では、専門家の指導を受けつつ、ケアと同時にできる訓練（口腔内外のマッサージ、嚥下体操、発声訓練）が工夫されていた。「患者の好きな歌を一緒に歌いながら顔や肩をマッサージして硬くなった筋肉をほぐした」など、訓練が苦痛にならぬよう工夫していた。「会話は小声でも、発声訓練で歌を歌うと声が良く出る」と、その成果を評価していた。さらに、自主トレーニングが可能な患者・介護者には専門家の助言を受け【訪問時間内での訓練の他、自主トレーニングメニューを作成し訓練を継続】していた。

脳梗塞の後遺症により口唇や舌の動きが悪い患者やCOPD等、合併症がある患者に対しては、【合併症の症状緩和と病状（機能障害）に合わせた訓練を実施】していた。

6. 《直接訓練の安全性の確保》

このコアカテゴリは9の看護実践カテゴリから形成された。

間接訓練を経て、食物を嚥下する直接訓練を安全に実施するために、【訓練内容や食形態について他職種（ST）に相談】・指導のもと、嚥下状況を確認しながら段階を追って訓練のステップアップを図っていた。

直接訓練を開始したことで、患者の「食べたい」という欲求の高まりや介護者の自己判断による摂食で、安全な訓練が阻害されないよう、介護者が実施する訓練の時間に合わせて訪問し、【介護者に嚥下状態を説明し、嚥下しやすい体位を指導】とともに、【嚥下状況や口内残渣の状況から食

塊形成機能を把握し食形態を調整・変更】をしていた。また、早食いや食事介助の状況を観察し、誤嚥のリスクとなる食行動を指摘し、【訓練食の量は嚥下状況（嚥下努力）に合わせ調整】や【嚥下状況に合わせ一口量を調整し、嚥下ごとに反復嚥下法を実施】に加え、【訓練中に誤嚥の有無を観察（嚥下音や甲状軟骨の動き、ムセの有無）】し、【患者・介護者の食行動や食環境を観察し、誤嚥性肺炎のリスクファクターを把握し、予防できるよう介入】指導していた。研究協力者の中には、便秘が誤嚥のリスクとなった経験があり、観察は胸部症状だけでなく、腹部症状の観察と排便コントロールも実施していた。さらに、年齢や疾患の特性より機能の低下が予測されることから、【残存機能が維持されるよう、間接訓練と無理のない範囲で摂食訓練を継続】しつつ、楽しみながら【訓練が継続できるよう、訓練食の味を嗜好に調整】していた。

IV. 考察

6のコアカテゴリの関係をそれぞれの事例の経過に沿って概観し、1.経口摂取再開に向け調整を図るための看護実践、2.経口摂取再開に向け安全な訓練を支援するための看護実践、3.窒息や誤嚥予防等リスク回避に関連した支援を継続するための看護実践、という3つの経口摂取再開を促進する看護実践の示唆を得た。

1. 経口摂取再開に向け調整を図るための看護実践

訪問看護師は《患者・家族の経口摂取に対する思いの尊重》から経口摂取再開に向けた支援を開始する際、介護者を含む多職種との《経口摂取再開に向けた方針の共有》と《関係者間の連携調整と強化の必要性》から、その中心となって支援を開始していた。

金子ら¹³⁾は、「経口摂取を再開するための取り組みには、家族や患者の希望がきっかけとなったケースが多く、患者の摂食状況のレベルが改善していた。」と述べている。本研究の結果も同様に、訪問看護師は患者・家族の思いを捉え支援を開始されていた。しかし、患者・家族の思いのまま闇雲に経口摂取を再開させることは、誤嚥性肺炎や窒息などのリスクを伴うことから、訪問看護師は、経口摂取再開の判断を自身のアセスメントに加え、歯科衛生士や言語聴覚士、口腔機能の専

門家など多職種から情報収集後、在宅医と情報共有し、患者の状態に合わせ段階を追った調整を図っていた。

経口摂取再開の方針が決定され、訓練が開始されると、介護者への指導はもちろんのこと、利用している居宅サービスの医療者とカンファレンスを通して情報を共有し、安全な支援を継続して実施できるよう調整していた。しかし、支援開始に至るまでに要した期間が、訪問直後の事例がある中、6ヶ月という結果があった。

訪問直後より支援が開始された1事例は、胃瘻造設前から訪問看護が介入しており、胃瘻を造設し水分と栄養を確保して、経口は「食べる楽しみ」を確保することが共有されていた。しかし、それ以外の5事例は病院と在宅の情報共有や連携不足から、在宅に移行してから調整を開始したことが要因となり経口摂取再開の遅れにつながったと推察された。

現在、急性期病院では在院日数の短縮化により、胃瘻造設後の経口摂取の再開を完結することは困難な状況にある。そのような状況で在宅へ移行した患者の支援において、嚥下機能やリハビリの状況等、入院中の情報を共有することは非常に重要である。川嶋らの研究¹⁴⁾においても、「訪問看護師が初回訪問までに必要な情報は、文書による形式的な情報だけでなく、入院中の細かな情報である」と述べている。さらに、最も情報を得られた方法は退院前の合同カンファレンスとの結果が示され、「多職種が直接顔を合わせ情報共有ができ、円滑な在宅移行に有効」と述べている。

これらのことから、患者の在宅管理におけるリスク回避も含め、経口摂取再開の促進する看護を速やかに開始するには、病院と地域、および地域内の関係者間の連携を強化し、情報収集と情報共有を図りながら支援することが重要である。また、患者の全体像を最も把握している訪問看護師は、多職種それぞれの専門性を把握し、その中心となって調整する能力が必要であると考えられる。

2. 経口摂取再開に向け安全な訓練を支援するための看護実践

本研究の全ての事例において、経口摂取再開に関連した訓練を実施する際、専門的支援の強化や支援の継続において《関係者間の連携調整と強化の必要性》からマネジメントし、《介護者の負担

軽減》を図りつつ、《間接訓練の安全性の確保》と《直接訓練の安全性の確保》の上で、看護を展開していた。

在宅での間接訓練は主介護者や介護職が実施することが多く、経口摂取再開の方針が決定後、訪問看護師は、体位の保持や関節可動域訓練など間接訓練が実施できる状況を整えていた。間接訓練の指導は訪問看護の時間を調整して実施されている。指導内容も合併症を有する患者の状態に合わせるなど、多職種と情報共有しながら、安全に配慮し実施されていた。

直接訓練においても、食形態や食事量の調整、リハビリの内容等、多職種・他施設が連携して実施されていた。また、誤嚥性肺炎や窒息などのリスクが高い患者に対しては、不測の事態が発生することを想定し、速やかに対応できるよう主介護者を含む関係者間で体制が調整されていた。白坂¹⁵⁾は、「在宅においては、多職種・多事業所が関わり、生活を支えるためのケアが分業化されるため、連携の強化が必須である。」と述べている。また、深田ら¹²⁾は、「摂食・嚥下障害に伴う窒息・肺炎・低栄養・脱水等のリスクを十分に理解し、それを回避できるように療養者や介護者を指導するとともに、訪問看護を実施することが重要となる。」と述べており、常に患者の全身状態をアセスメントし、安全を最優先とした支援が重要である。

訓練に関わる主介護者の支援において、介護力や身体的・精神的負担を評価し、【最大限利用できる居宅サービスを調整】や、経済面の配慮など主介護者の身体的・精神的負担に配慮した支援が展開されていた。新井¹⁶⁾も、「訪問看護師が、介護状況の見極めと負担軽減の工夫から在宅療養の安定を図るということは非常に重要な援助である。」と述べており、訓練を安全に行うためには、主介護者への支援は重要である。

さらに、【訓練に臨める栄養状態を維持できるよう胃瘻より栄養管理】を訓練と並行して実施されていた。半田¹⁷⁾は、摂食・嚥下障害者のリスク管理をするうえで、最も重要な支援は、各専門職の知識、技術を統括して生活の中に組み入れるのが看護の役割と述べている。さらに、「リスクを少なくし、安全に、安楽な援助をするには、患者の個別性に合わせた食事支援が必要である。」と述べている。リハビリを行い、十分な効果を得るた

めには、患者の栄養状態が良好でかつ、栄養管理が適切であることは重要である。経口から十分な栄養を確保できるまでは、胃瘻からの栄養管理に頼らざるを得ない状況があり、安定した状態で安全に訓練を実施し、かつ効果を出すためには栄養管理は必須であるといえる。

3. 窒息や誤嚥予防等リスク回避に関連した支援を継続するための看護実践

本研究において、6事例中3例が常食まで経口摂取が可能となっていたが、全事例において間接訓練が継続され、《関係者間の連携調整と強化の必要性》や《介護者の負担軽減》、《間接訓練の安全性の確保》、《直接訓練の安全性の確保》の看護実践は継続されていた。

藤田ら¹⁸⁾は、誤嚥性肺炎などの予防に対する訪問看護師の支援において、「予防のためのケアは、継続的に行うことで効果を発揮する」と述べており、さらに、「呼吸・嚥下訓練を効率化させ日々継続できれば、機能維持・向上へつながり予防効果を高める可能性がある。」と述べている。建宮¹⁹⁾も摂食・嚥下障害や、高齢者の廃用症候群に対し、「長期的な治療やケアが必要で、単独の職種や施設だけの取り組みでは解決が難しく、継続したアセスメントやケアの重要である。」と述べており、多職種・他施設との連携により継続した支援が重要と考える。

また、本研究における事例の介護度は、要介護5が4名、3が2名（平均4.3）と高く、その介護は訪問看護や居宅サービスを利用しているものの、主介護者がほぼ一人で行っている現状であった。新井¹⁶⁾は、「介護の長期化も見越し、訪問看護師が介護状況を見極め、負担軽減の工夫から在宅療養生活の安定を図ることは、介護者の安心・安定・協力・分担をもたらし、介護に対する意欲を高める。」と述べており、在宅での安全・安楽を維持するためには、訓練の継続と介護者の支援の継続は重要であると考ええる。

V. 結論

入院中に経口摂取が再開されずに在宅へ移行した胃瘻患者の経口摂取再開に向けた訪問看護師の看護実践を明らかにした。その結果、1) 経口摂取再開に向け調整を図るための看護実践、2) 経口摂取再開に向け安全な訓練を支援するための看護

実践、3) 窒息や誤嚥予防等、リスク回避に関連した支援を継続するため看護実践という3つの視点が経口摂取再開の促進には重要であることが示唆された。

【利益相反】

本研究における利益相反はない。

【文献】

- 1) 鈴木裕：胃瘻の適応と倫理的問題点. Annual Review 消化器, 2014;58-62 2014.
- 2) Alfredo J. Lucendo, Ana B. Slen Frigal-Ruiz: Percutaneous endoscopic gastrostomy: An update on its indications, management, complications, and care. Rev Esp Enferm Dig Madrid, 106(8);529-539, 2014.
- 3) 全日本病院協会：平成22年度老人保健健康増進等事業「胃瘻造設高齢者の実態把握及び介護施設・在宅における管理等のあり方の調査研究」. 報告書；122011.
- 4) 近藤和泉：厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業、在宅療養中の胃瘻患者に対する摂食・嚥下リハビリテーションに関する総合研究. 平成25年度総括研究報告書；12013.
- 5) 東口高志：厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業、在宅療養中の胃瘻患者に対する摂食・嚥下リハビリテーションに関する総合的研究、胃瘻選択基準の把握に関する研究；77-92 2013.
- 6) Anthony James, Kapur, A. Barney Hawthorne: Long-term outcome of percutaneous endoscopic gastrostomy feeding in patients with dysphagic stroke. Age and Ageing, 27;671-676, 1998.
- 7) 服部史子, 戸原玄, 中根綾子, 他：在宅および施設入居摂食・嚥下障害者の栄養摂取方法と嚥下機能の乖離. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 12(2);101-108, 2008.
- 8) 才藤栄一：厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業、在宅療養中の胃瘻患者に対する摂食・嚥下リハビリテーションに関する総合的研究、初回評価について；33-60, 2013.
- 9) 原豪志, 戸原玄, 近藤和泉, 他：胃瘻療養中

- の脳血管障害患者に対する心身機能と摂食状況の調査.老年歯科医学, 29(2); 57-65, 2014.
- 10) 小山珠美: 達人から教わる看護のわざ「口か食べたい」を支える困難症例への食事援助のわざ. 東京女子医科大学看護学会誌, 8(1); 38, 2013
 - 11) 医療経済研究機構: 胃ろう造設及び造設後の転帰等に関する調査研究事業. 報告書; 109-110, 2013.
 - 12) 深田順子, 鎌倉やよい, 北池正, 他: 訪問看護における摂食・嚥下障害看護を推進する要因と妨げる要因.日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 16(3); 253-268, 2012.
 - 13) 金子綾香, 川原加代子: 在宅療養中の胃瘻造設患者における経口摂取再開のケースの特徴と関連要因.日本保健科学学会誌, 18; 20, 2015.
 - 14) 川嶋元子, 森昌美, 磯邊厚子: 訪問看護師が初回訪問までに行う在宅療養移行患者の情報収集の実態.聖泉看護学研究, 6; 75-81 2017.
 - 15) 白坂誉子: 『食べる力』を維持するために生活を見据えた摂食嚥下障害看護.日本静脈経腸栄養学会雑誌, 31(2); 705-710, 2016.
 - 16) 新井香奈子: 訪問看護における摂食・嚥下障害者の主会議者に対する援助と課題.日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 10(1); 22-30, 2006.
 - 17) 半田幸代: 摂食・嚥下障害患者のリスク管理における看護援助.日本呼吸器管理学会誌, 9(3); 282-286, 2000.
 - 18) 藤田淳子, 山本則子, 石垣和子: 誤嚥性肺炎の予防が必要な要介護者に対する訪問看護師の支援.老年看護学, 12(1); 13-20, 2007.
 - 19) 建宮実和: 地域連携の栄養管理における看護師の役割.静脈経腸栄養, 29(5); 1171-1176, 2014.

Practice for Home-visiting Nurses to Resume Oral Intake in Patients with Gastrostomy

Mikiko Furuuch¹⁾, Reiko Murakami²⁾

Abstract :

Objective

This study aims to clarify a nursing practice provided by home-visiting nurses to patients after receiving a gastrostomy tube to resume oral intake to resume oral intake immediately after transferring them to home.

Methods

Semi-structured interviews of six home-visiting nurses in the Kanto region, who are expertise in supporting patients with gastrostomy tubes to resume oral intake, were conducted and descriptive analysis was performed, qualitatively.

Results

Considering the content of nursing practice provided by the interviewed nurses for enabling oral feeding recommencement, 35 categories and 75 subcategories were generated, from which the following six core categories were derived: respecting the wishes of the patients and their families with regard to oral feeding, sharing the policies for recommencing oral feeding with the patients and their families, coordinating and strengthening the cooperation among the stakeholders, reducing the burden of the caregiver, and ensuring safety during the indirect and direct approach for oral feeding recommencement.

Discussion

Results suggests 3 nursing practices: 1) coordination of starting oral intake, 2) reinforcing a safety training for oral intake, and 3) continuing professional development to prevent suffocation and/or aspiration of the patient.

Key words : Patients after gastrostomy, Home-visit nursing care, Resumption of oral intake, Nursing practices

1. Jichi Medical University Hospital

2. School of Nursing, Jichi Medical University

原著論文

終末期にある造血器腫瘍患者のその人らしさを支える看護

大串未来, 小原 泉

抄録

目的：本研究の目的は終末期にある造血器腫瘍患者のその人らしさを支える看護について明らかにし、看護援助の示唆を得ることである。

方法：血液科病棟における看護経験が5年以上の看護師3名を対象に半構造化面接を行った。コードの類似性に基づいて質的データ分析を行った。

結果：【感染予防に伴う生活上の制限を取り除く】、【ギリギリまで抗がん剤や輸血を視野にいれる】、【長期に寄り添った経過から患者の人生を見つめなおす】、【最期までどう支え抜くか問い続けている】、【どんな些細な希望も実現させる】、【少しでも苦痛のない時間を保つ】など10個の大カテゴリーが明らかとなった。

結論：終末期にある造血器腫瘍患者のその人らしさを支える看護とは、長期的な治療経過・関係形成を基盤とした患者の深い理解のもと、感染予防に伴う生活上の制限の調整や治療や療養の場の意思決定支援が行われ、患者の希望の維持を実現する看護であることが示唆された。

キーワード：終末期、造血器腫瘍、その人らしさ、看護支援

I. はじめに

造血器腫瘍の治療成績は向上しているが、治癒率でみれば成人においては30%以下であり、生存期間の延長も期待されているものの、未だ治癒し得る疾患とは考えられていない¹⁾。よって、造血器腫瘍患者の看護に携わる看護師は、患者の終末期ケアや看取りに関わる機会は多いと言える。

自己の死に直面した終末期がん患者は、喪失から生じる痛みをもちながらも、最期まで生きている。辛い状況に向き合う中で、自己を肯定的に受け止め、これまで行ってきたことの意味や価値を見出し、自分らしさを高め、生きる意味へとつなげていくとされている²⁾。また、終末期がん患者が希望を持ち続けることは、がん罹患に関連した辛い状況を、患者が自ら乗り越えていくために重要な役割を果たすとされている³⁾。これらから、終末期がん患者が自分らしさを高め、生きる意味や希望へとつなげられることは、がんに伴う

辛い状況を患者自ら乗り越えていくために重要な役割を果たすと言える。

造血器腫瘍患者は、病状が不確かな状態で療養生活が長期化し、特に予後の予測がたちにくく⁴⁾、再発と死の不安が常にある。造血幹細胞移植や強力な抗がん剤を行う過程での治療関連死亡の危険性が高く、病状が急変し突然終末期の状態に移行し死に至る場合も多い。また、造血器腫瘍における終末期では、輸血や抗がん剤などを最期の時まで続けなければならないことが多く、退院出来ずに長期入院となることがほとんどで^{5) 6)}、副作用などの苦痛に加え、感染予防など生活上の制限を抱えながら病棟で亡くなる患者が多い。上山ら⁷⁾は、症状がコントロールされ苦しみがないこと、できるだけ余計な治療や処置はせずに自然に静かに亡くなっていくことが、終末期ケアに携わる看護師が捉える「よい最期」であると述べている。しかし、終末期であっても治療や副作用及び、感染予防のために退院や食事などの生活制限を抱えて過ごす造血器腫瘍患者の状況は、看護師が捉える「よい最期」と一致しない。このことから、終

末期にある造血器腫瘍患者に関わる看護師は、患者がその人らしく生きるための看護ができているのかと不安や疑問を抱き、援助にあたっていることも多いと考える。加えて、鈴木ら⁸⁾は、入退院を繰り返す造血器腫瘍患者を看取る看護師は、予測していない患者の死にショックを受け、死を受け止められないことや、ケアに対する後悔や心残りを後々まで引きずる傾向があるとしている。造血器腫瘍患者の治療経過の関係上、看護師と患者の関わりは長いために、看護師にとっても患者の終末期は受け入れがたいと考える。しかし、長期に渡り患者の闘病生活を支えたからこそ、看護師は患者が残された時間を有意義にその人らしく過ごせるよう支援したいと日々看護に臨んでいると考える。

造血器腫瘍患者の終末期は、最期まで抗がん剤や輸血を行うなど他のがん患者の終末期と異なり厳しい経過を辿ることが多い故に、患者がその人らしく、有意義な時を過ごせる看護は重要であると考え。その人らしさとは、患者が今まで生きてきた中で育んだ価値観や考え方そのものであり、生きる意味や希望へとつなげていくもので、患者の語りや行動などで表現されるものであると捉えることができると報告されている^{9)~12)}。

本研究の目的は終末期にある造血器腫瘍患者のその人らしさを支える看護について明らかにし、終末期にある造血器腫瘍患者に対する看護援助の示唆を得ることである。本研究によって、造血器腫瘍患者が治療や制限を抱えながらもその人らしく生きるためのより良い看護のための示唆を得ることができる。

II. 研究方法

1. 用語の定義

その人らしさを支える看護：患者が今まで生きてきた中で育んだ価値観や考え方を、患者の語りや行動などから捉え、患者の生きる意味や希望につなげていく支援。支援に関わる看護師の思考過

程を含む。

2. 研究対象

看護師は対象者の語る中からその人らしさを汲み取る想像力が必要であり⁹⁾、状況を全体として捉え格率に導かれて実践を行っているのは3~5年の看護ケアの経験がある中堅看護師である¹³⁾。そこで、本研究では血液科病棟における看護経験が5年以上で、造血器腫瘍患者の治療初期から亡くなるまでの経過に継続して関わった経験を豊かに語ることができる看護師を対象とした。当該病棟の師長に対象者の選定を依頼し、条件を満たす看護師全3名を対象とした。

3. データ収集方法

インタビューガイドに基づき印象に残るがん患者との関わりや看護を中心に、看護師が捉えたがん患者のその人らしさやその人らしさを支援した看護について半構造化面接を行った。データ収集期間は2015年4月17日から2015年4月21日であった。

4. 真実性の確保

インタビュー内容・手法、得られたデータの研究目的に対する適切性、およびデータ分析の一連のプロセスについて、質的研究に精通する共同研究者に確認を求め、真実性を確保した。

5. 分析方法

谷津¹⁴⁾の質的研究のデータ分析のプロセスを用いて個別分析と全体分析を行った。個別分析では、逐語録をその人らしさを支える看護の意味が変わる個所で切片化し、短い文章に整えてコードとした。次にコードを互いに比較しながら同じような意味をもったコードをまとめていき、サブカテゴリーを作成した。続いて、サブカテゴリーの意味の類似性からカテゴリーを作成した。全体分析では、個別分析で得られたカテゴリーを意味の

表1 研究対象者の属性

対象者	性別	年齢	臨床経験年数	血液科病棟 経験年数	血液科病棟以外の病棟での 看護経験の有無	面接所要時間
A	女性	30代	18年	13年	あり	63分
B	女性	40代	26年	17年	あり	57分
C	男性	30代	16年	10年	あり	35分

類似性から分類し大カテゴリーを作成した。

6. 倫理的配慮

研究対象者に研究の目的・方法について説明し、参加は自由意思であり辞退しても不利益は生じないこと、知り得た情報に関する個人情報の保護について書面と口頭で説明を行った。また、研究者の所属施設の倫理審査委員会の承認を受けて行った。

Ⅲ. 研究結果

1. 研究対象者の概要

対象者はA～Cの3名で概要を表1に示した。面接所要時間は平均51.6分であった。

2. 分析結果

研究対象者A～Cの個別分析では、終末期にある造血器腫瘍患者のその人らしさを支える看護として35カテゴリーが得られた。全体分析では、この35カテゴリーを統合し、10個の大カテゴリーが得られた（表2）。

以下、大カテゴリーを【 】, カテゴリーを< >, サブカテゴリーを< >, コードを『 』, 研究者による補足を（ ），対象者からの例示を（A～C）で示して、結果を説明する。

1) 【感染予防に伴う生活上の制限を取り除く】

この大カテゴリーは、今まで治療を行うにあたり必要だった感染予防に伴う生活上の制限を取り除く看護である。看護師は、『たくさんは食べら

表2 全体分析での終末期にある造血器腫瘍患者のその人らしさを支える看護

大カテゴリー	サブカテゴリー
感染予防に伴う生活上の制限を取り除く	感染予防のための食事制限はいらない
	感染予防に伴う生活上の制限にとらわれず自由に過ごせるようにする
感染予防に伴う生活上の制限の中でできることを見つけていく	感染予防に伴う生活上の制限の中でできることを見つけていく
	患者の強みを捉える
ギリギリまで抗がん剤や輸血を視野に入れる	抗がん剤を入れた方がまだ楽に過ごせる
	ギリギリまで抗がん剤や輸血が必要なこともある
長期に寄り添った経過から患者の人生を見つめなおす	闘病中の関わりから生きてきた意味を見出す
	長い治療経過に寄り添った関係を大切にする
	歩んできた人生に関心を向け続ける
	打つ手がなくなっても、治癒したいと望むことへの支援を問い続ける
	思い残すことのない人生を肯定する
死に対する思いを感じ取る	死に向き合う気持ちを推し量る
	死の恐怖を感じ取る
	気持ちの変化を敏感に感じ取る
最期までどう支え抜くか問い続けている	死までの残された時間を見据える
	死が近づいていることを察知する
	死が迫っている
	最期の過ごし方への意向を推し量る
	最期の過ごし方についてチームで統一する
	在宅への移行が難しい
	慣れ親しんだ病院にいたい気持ちを感じる
	ここで看取りたい
	患者にとって最善の最期について思い悩む
どんな些細な希望も実現させる	何があんでも患者を支えたい
	どんな希望もなんとしても叶える
	遣り残しのない外泊を実現させる
	ギリギリまでトイレ歩行を叶える
大切な人との時間を保つ	残される家族を気にかける
	なるべく家族だけで過ごせるようにしたい
少しでも苦痛のない時間を保つ	とにかく安楽に過ごせる支援を全力で模索する
	身体の苦痛を取り除く
	遠慮がちな人だからこそ訪室のタイミングを逃さない
	排尿で上昇するハートレートで患者の生命を感じとる
量より日々の楽しみへと食事の意味を捉えなおす	食事の意味を転換する
	食事へのこだわりを大切に

れないので、多少だったらいいと緩和していった。』と《感染予防のための食事制限はいらない》と考え (A)、『患者さんの苦痛を緩和して、最期を静かに過ごすには、不必要な制限をかけず、自由に好きなものを食べ、自由にやってもらう配慮は必要』や『家族がいるときは訪室は最小限にして、家族との時間をゆっくりすごしてもらった。お孫さんと面会できるように部屋の配慮をして会わせていった。』と《感染予防に伴う生活上の制限にとらわれず自由に過ごせるようにする》看護をしていた (C)。

2) 【感染予防に伴う生活上の制限の中でできることを見つけていく】

この大カテゴリーは、患者が感染予防に伴う生活上の制限がある中でも楽しみなどのできることを見つけるための看護である。これは、《感染予防に伴う生活上の制限の中でできることを見つけていく》、《患者の強みを捉える》の2カテゴリーから構成された。

看護師は、『(患者が) 自然の風をうけることがすごく好きで、病気になって外にでられないことがすごく辛かった。…終末期に入って、窓からみる空の様子だけで、自然を感じられるようになった。制限の中での楽しみをちょっとずつみつけて、喜びに変えられる』と、《感染予防に伴う生活上の制限の中でできることを見つけていく》ことの大切さを感じ、《患者の強みを捉える》看護を行っていた (A)。

3) 【(苦痛緩和のために) ギリギリまで抗がん剤や輸血を視野に入れる】

この大カテゴリーは、終末期になっても患者の症状を緩和する手段として抗がん剤や輸血などの治療が必要となる場合があり、ギリギリまでこれらの治療を症状緩和の手段の一つとして考慮する必要があるという看護師の思考過程である。これは、《抗がん剤を入れた方がまだ楽に過ごせる》、《ギリギリまで抗がん剤や輸血が必要なこともある》の2カテゴリーから構成された。

看護師は『芽球がどんどん増えることで、熱がすごくでるとかだるさが増すとか、それをちょっと抗がん剤をいれるだけで、症状が落ち着いてなんか楽な時間が過ごせたり』と《抗がん剤を使った方がまだ楽に過ごせる》と考えており (B)、『ギリギリのところまで治療がなかなか効かなくて、いろいろ薬剤も使っていて』と《ギリギリま

で抗がん剤や輸血が必要である》と認識していた (A)。

4) 【長期に寄り添った経過から患者の人生を見つめなおす】

この大カテゴリーは、看護師が患者の積極的治療から亡くなるまでの長い期間に寄り添った中で、患者の歩んできた人生を振り返り、治療を頑張った意味を見出す看護である。これは、《闘病中の関わりから生きてきた意味を見出す》、《長い治療経過に寄り添った関係を大切にする》、《歩んできた人生に関心を向け続ける》、《打つ手がなくなっても、治療したいと望むことへの支援を問い続ける》、《思い残すことのない人生を肯定する》の5カテゴリーから構成された。

看護師は、『一言の背景がどんな人生を経てきた上での発言なのか』、『毎日の意識とか積み重ねがあったり、考えた生き方を経てきて今がある』と《歩んできた人生に関心を向け続ける》 (A) と共に、看護師は『この(病気になってからの) 6年間に、自分(患者) がこれから先普通の人が歩む30年とか40年の人生がぎゅっと凝縮されて、それがこの6年があったから味わうことができた。』と《闘病中の関わりから(患者が) 生きてきた意味を見出す》して、患者の生きる意味や希望につなげる看護をしていた (B)。さらに『(病気を患ってから人生の節目的なことをすべて経験できたという意味で、) ある意味後悔がなかった分もういいっていう感情がすごく強くて』と患者が闘病中に経験してきたことを振り返り、《思い残すことのない人生を肯定する》看護を行っていた (B)。

5) 【死に対する思いを感じ取る】

この大カテゴリーは、患者が死を意識し、死にゆく恐怖や、残された時間の過ごし方を考える気持ちの変化を感じ取るという看護である。これは、《死に向き合う気持ちを推し量る》、《死の恐怖を感じ取る》、《気持ちの変化を敏感に感じ取る》の3カテゴリーから構成された。

看護師は、『1日1日を大切に過ごしてきてはいても、やっぱり苦しいんじゃないかなっていう思いはあった。』と《死に向き合う気持ちを推し量る》看護を行っていた (A)。また、『淋しいとか怖いっていう感情があったと思う。個室で看護師がすぐ近くにいて部屋だったけど、血もばんばんでて、少し動くとドキドキして、楽に死にたいっ

て言っていたのも、裏返せば怖いからそういう（楽に死にたいという）言葉にもなったのかなって。』と《死の恐怖を感じ取る》ことで患者の思いを汲み取っていた（B）。『信頼してる先生から（残された治療がないと）説明をされて、信頼している看護師がいることで、それは仕方ないってような感じ。…それを受け入れて、じゃあできることを、残された命を最期まで静かに生きていきましょうって。』と《気持ちの変化を敏感に感じ取る》看護も行っていた（C）。

6)【最期までどう支え抜くか問い続けている】

この大カテゴリーは、終末期にある造血管腫瘍患者が残された時間をどのように過ごしたいかを関わりから模索し、最期までどのように支え抜くかと看護を問い続けている看護師の思考過程である。これは、《死までの残された時間を見据える》、《死が近づいていることを察知する》、《死が迫っている》、《最期の過ごし方への意向を推し量る》、《最期の過ごし方についてチームで統一する》、《在宅への移行が難しい》、《慣れ親しんだ病院にいたい気持ちを感じる》、《ここで看取りたい》、《患者にとって最善の最期について思い悩む》の9カテゴリーから構成された。

看護師は、『病状が進行していて、治療がうまく効いてない、厳しいってこともはっきり医師から説明を受けた患者の希望を確認して、最期のときをどう過ごしたいと思っているのか、それにどういう支援ができるのか、考えていけるような関わりがもっていけるように。』と《最期の過ごし方への意向を推し量る》ことで看護を問い続けた（A）。また、『家にいるよりも病院にいたほうが安心感もあって、何の不安も療養に対してなかった。だから、家に帰るっていうのは、ちょっと不安はあったみたい。』や『転院して、誰も知らないところで死にたくないという思いは、そうだよねっていう感じで。それは「うん」とは言わなかった。退院をするときに、何かあったときにまたここに入れるのかってようなことを先生に聞いていた。』と慣れ親しんだ病院にいたい気持ちを感じとり、『ちょっと良くなったし、それ（退院できる状態にも関わらず、入院したまま死を待つこと）でいいのって思った。ちょっと頑張れば帰れる状況になったのに、早く死にたいくらいの気持ちでここ（病院）にいるのがいいのかな。』、『帰れるんだったら帰った方が良いんじや

ないかな。』と《患者にとって最善の最期について思い悩む》ことがあった（B）。

7)【どんな些細な希望も実現させる】

この大カテゴリーは、患者が抱えているどんな希望も実現させる看護のことである。これは、《何がなんでも患者を支えたい》、《どんな希望もなんとしても叶える》、《遣り残しのない外泊を実現させる》、《ギリギリまでトイレ歩行を叶える》の4カテゴリーから構成された。

看護師は、出血傾向にある状況から転倒が命とりになるため『安全面だけを考えればトイレ歩行させない方がいい』が、患者の『母親として苦しいとか辛いといった見苦しい姿を見せたくない、息子にとって最期まで立派な母親でありたい』と息子への思いを感じ取っていた。そのため、《ギリギリまでトイレ歩行を叶える》看護が患者にとって生きる支えになると捉え、最期まで患者の思いを支えたいと思いながらも『希望を叶えることが負担になってしまう』と、患者の体力とトイレ歩行のバランスを考えて看護を行っていた（A）。

B氏は患者のことを、『長い関わりから自分にとって大切な存在』と感じ、患者との長い関わりを通して、患者に専心して看護を実践していた。加えて、『あんまり嫌といわず』自己主張しない性格から、患者を『すごく遠慮がちで良い人』と捉え、だからこそ『なるべく良い時間を過ごさせてあげたい』と思い、『ここの時間を休みたいと言え、休めるように配慮する』など日々のちょっとした希望であっても叶えることで《何がなんでも患者を支えたい》と考え看護を行っていた。加えて、『患者の決断したことを支援する』こと、『治療する確率の低い治療にチャレンジすることもその人らしさ』と捉え、《どんな希望もなんとしても叶える》看護を行っていた（B）。患者の外泊の際には『家に帰るからには、したいことがある』ため、『症状をまずコントロールする』ことで、やりたいことができるよう《遣り残しのない外泊を実現させる》看護を行っていた（A）。

8)【大切な人との時間を保つ】

この大カテゴリーは、患者が家族など大切な人と過ごせる時間をつくる看護のことである。これは、《残される家族を気にかける》、《なるべく家族だけで過ごせるようにしたい》の2カテゴリーから構成された。

看護師は、『入院する前にどのくらい時間がとれていたかはわからない。本当に最期っていうような時間を過ごせたとはとても思えず入院してきてるんじゃないか』と、『残される家族を気にかける』看護を実践していた (B)。また、『家族のいない時を見計らってできること (処置や清潔ケアなど) をやって、家族がいるときはよっぽど必要性がなければ、訪室を控えて家族との時間をゆっくり過ごしてもらった。』や、『面会が多いため広い部屋にする』など『なるべく家族だけで過ごせるようにしたい』と、個室の準備や訪室時間の調整といった気兼ねなく面会できる環境づくりを行っていた (C)。

9) 【少しでも苦痛のない時間を保つ】

この大カテゴリーは、患者が感じている身体的な苦痛を様々な視点から捉え、それらを消失させ、少しでも苦痛のない時間を保つために細かな配慮や看護を行うことである。これは、『とにかく安楽に過ごせる支援を全力で模索する』、『身体苦痛を取り除く』、『遠慮がちな人だからこそ訪室のタイミングを逃さない』、『排尿で上昇するハートレートで患者の生命を感じとる』の4カテゴリーから構成された。

看護師は、『(ポータブルトイレに) 降りるだけですごいハートレートがあがってしまう。ハートレートがあがると苦しくなっちゃう感じだったから、ハートレートがとにかくあがらないように。何にしても本人が動かなくてもいいような周囲の配置とか、体位っていうのかな。』と、『とにかく安楽に過ごせる看護を全力で模索する』看護を実践していた (B)。『何よりも患者さんの苦痛をとる、薬剤を使うなりして、まず第一に苦痛の緩和』と『身体苦痛を取り除く』看護も行っていた (C)。また『オムツを替えてとか、少し遠慮してたのかなっていう面もあったから、そういう (すごく遠慮がちな) 性格上のことも配慮してあげると、言われる前に察知してあげたりとか、そういうのが大事だったかなって。』と、患者の遠慮がちな人柄から、訪室のタイミングを逃さないようにし、『ハートレートがちょっと上がったから、おしっこしかすることがなかった。テレビとかをみることもできないし、彼女の生きてる証っていうのが排泄しかもうないくらい横になって休んでるって感じだったから』と『排尿で上昇するハートレートで患者の生命を感じとる』と共に、

心拍数が上がるのは排尿のサインと捉え、『遠慮がちな人だからこそ訪室のタイミングを逃さない』ようにし、排尿に伴う苦痛を寸分も患者に我慢させることなく消失させようとしていた (B)。

10) 【量より日々の楽しみへと食事の意味を捉えなおす】

この大カテゴリーは、体力を保つためではなく日々の楽しみとしての食事へと患者にとっての食事の意味を捉えなおす看護のことである。これは、『食事へのこだわりを大切にすること』、『食事の意味を転換すること』の2カテゴリーから構成された。看護師は『(患者が) 食は小さい頃から母親に大切にしなさいって言われてきて、それをずーっと自分のなかでも大切にきて、おいしいものをおいしく食べるってことをしてきた』や『病院食をおいしいと思えない。もともと慣れ親しんでた味とは違う。』といった患者との食事に関わる対話を通して患者のこだわりを理解し、病院食が進まない理由を捉え、少しでも食べられるものを探す工夫をするといった『患者の食事へのこだわりを大切にすること』看護を行っていた (A)。また、『体力つけなくちゃって食べ物で思う人が多い、ただ逆にそれがプレッシャーになってしまう。入院期間中は栄養も点滴で補えたりする部分はあるので、本人のストレスがなくおいしく思えるものがほんの少しだけでもとれること、満足が得られることを多くしていければなって。』と患者が治療としての食事ではなく、日々の楽しみとしての食事と『食事の意味を転換すること』看護を行っていた。

IV. 考察

本研究の結果から、終末期にある造血器腫瘍患者のその人らしさを支える看護の特徴と、患者の希望の維持にもたらす意味について考察する。

1. 終末期にある造血器腫瘍患者のその人らしさを支える看護の特徴

1) 感染予防に伴う生活上の制限の調整

造血器腫瘍患者は疾患の特徴や抗がん剤の副作用により、治療中から終末期までのほとんどの期間が易感染状態であり、感染予防のための制限を抱えて生活する点で、他のがんでは認められない特徴がある。このことから、『感染予防に伴う生活上の制限を取り除く』、『感染予防に伴う生活上の制限の中でできることを見つけていく』看護は、

他のがんでは認められない終末期にある造血器腫瘍患者の特徴を踏まえた新たな知見である。

【感染予防に伴う生活上の制限を取り除く】ことにより、食事や面会の制限が緩和され、患者の生活の幅が広がることは、終末期の造血器腫瘍患者がその人らしく生きる上で重要な意味をもつ。これは、【大切な人との時間を保つ】にもつながるもので、個室の準備や訪室時間の調整により、誰とでも自由に会える環境づくりをすることは、終末期にある患者が大切にしている家族と寄り添い、共に死への恐怖を乗り越える力になると共に、患者の生きる希望になり得る。

終末期にある患者は自分の好きなことを続けることで自分らしさを高める²⁾が、造血器腫瘍患者は初回の治療開始後から感染予防のために生活の制限が多く、好きなことを続けることが難しい。終末期において感染予防に伴う生活上の制限を取り除く看護は、患者の生活の仕方の幅を広げ、今まで制限されていた好きなことを続けることを支持することにつながる。そのため、看護師は制限によって断ち切られている患者の好きなことや大切な人とのつながりに目を向け、可能な限り制限を取り払い、患者の食べられるものや面会できる人の幅を広げることが重要である。加えて、他の患者に気兼ねなく面会できるような環境面への配慮も大切であると考ええる。

一方、【感染予防に伴う生活上の制限の中でできることを見つけていく】は、生活上の制限があっても、その中でできることや楽しみを見つけていく看護である。看護師は、患者が大好きな自然を制限の中でも感じる方法を見出す力に気づき、制限の伴う入院生活の中でも好きなことや大切なことを継続できると感じ取っていた。

そのため、制限というできないことだけに目を向けるのではなく、制限があってもその中で感じられる喜びや楽しみを見つけていけるように捉え方の変換をしていく看護も重要であることが明らかになった。希望達成に向けて思うような身体的活動ができない終末期がん患者は、希望や目標達成のために楽しく気晴らしになるようなことを想像するなどの認知的活動をしばしば行うことが必要であり、それが終末期にあっても希望をもって生きていくことにつながるとされている¹⁵⁾。A氏が語った患者の窓から見える空模様から自然を感じるといった意識の変換はまさにこの認知的活動

であり、患者が制限の中でも続けられる楽しいことや好きなことを見つけ、意識的に会話や環境に取り入れることも大切な看護であると考ええる。また、通常がん患者の終末期はがんの進行と共に生活自立度が低下し、身体活動が低下するといった経過をたどるが、造血器腫瘍患者の場合、身体活動は自立していても、感染予防のために生活に制限を抱えている。身体的に動くことは可能であるにも関わらず、感染予防の点から限られた空間での生活を長期に渡り強いられる造血器腫瘍患者の方が、より拘束感を抱き精神的に苦痛を感じていることが考えられる。そのため、限られた空間の中でも、日々患者が楽しめることや喜びにつながるものを見出していくことが大切であると考ええる。

以上より【感染予防に伴う生活上の制限を取り除く】、【感染予防に伴う生活上の制限の中でできることを見つけていく】看護は、【大切な人との時間を保つ】看護や、制限が多い環境にあっても終末期患者の日々の楽しみや喜びをもたらし、希望の維持につながる看護であることが確認された。造血器腫瘍患者に関する先行研究において、積極的治療を行っている患者を対象とした感染予防や希望に関する研究は行われているものの、終末期患者の希望やその人らしさに焦点を当てた研究は存在しない。食事や面会の制限を調整撤廃する【感染予防に伴う生活上の制限を取り除く】、【感染予防に伴う生活上の制限の中でできることを見つけていく】ことは、免疫能の低下から常に感染予防が課題となる造血器腫瘍患者の特徴をふまえた上で終末期の希望の維持につながる看護であり、本研究により得られた新たな知見といえる。

2) 終末期における治療や療養の場の意思決定支援

造血器腫瘍における終末期では、輸血や抗がん剤を最期まで続けていかなければならないことが多く、副作用の苦痛を抱えたり、長期入院となったりすることがほとんどである^{5) 6)}。対象者へのインタビューの中でも終末期に患者が抗がん剤や輸血を受けている現状が挙がっていた。上山ら⁷⁾は、終末期ケアに携わる看護師が捉える「よい最期」について、症状が最小限の状態、苦しまずに亡くなっていくことや、終末期の患者にはできるだけ余計な治療や処置はせずに自然に、静かに

亡くなってほしいと考えていることを明らかにしている。しかし、B氏は、抗がん剤で芽球を抑えれば、症状が楽な時間が過ごせると【ギリギリまで抗がん剤や輸血を視野に入れる】ことを考えており、終末期においても、抗がん剤や輸血が必ずしも患者にとって悪いものとは捉えていないことが明らかになった。患者の苦痛を最小限にし、少しでも安楽な時間を過ごせることを望んでいるという点では、上山ら⁷⁾の研究と一致していたが、抗がん剤による副作用はあったとしても治療を行った方が楽に過ごせるなど、治療や処置をしないことが患者にとって必ずしも苦痛を最小化した最期を過ごせることにつながらないと捉えていることは、終末期の造血器腫瘍患者における特徴的な考え方であり、新たな知見である。よって、看護師は患者の苦痛症状の原因を正確に把握し、抗がん剤や輸血で改善できるかを医師と協働して判断すると共に、最新の抗がん剤やがんの病態に関する知識をもとに副作用のマネジメントをすることが重要であると考ええる。

一方で、ギリギリまで抗がん剤や輸血を行うがゆえに、緩和ケア病棟や在宅療養への移行が難しい現状や慣れ親しんだ病院にいたい患者の気持ちなど患者にとって最善の療養の場や最期のあり様について悩み、【最期までどう支え抜くかを問い続ける】看護を行っていた。そこで、看護師は地域で造血器腫瘍を診ることができ在宅医の把握など在宅療養に関する情報収集が必要である。また、抗がん剤や輸血、治療を受けないことで生じる苦痛をアセスメントし、在宅療養と入院のメリット及びデメリットを医療者間で十分吟味し、患者・家族に十分説明した上で、患者が意思決定できるよう支援することも必要であると考ええる。

3) 長期的な治療経過・関係形成を基盤とした患者の理解

長期に渡る治療経過に寄り添い、患者が大切にしている価値観・死生観・人生観を理解することはその人らしさの理解につながるとされている⁹⁾。加えて、造血器腫瘍患者の治療は長期に渡る上に、最期の看取りまでを同じ病棟で過ごす患者がほとんどで、患者と看護師の関わる期間も長いという特徴がある。

よって【長期に寄り添った経過から患者の人生を見つめなおす】ことは、看護師が患者の長い治療経過に寄り添う中で、患者の生き方や価値観な

ど大切にしてきたことを見出す看護といえ、本研究で得られた新たな知見の1つである。

看護師は、患者が自分の人生や闘病経過を振り返り、治療を頑張ってきたことの意味を共に考えていく看護を行っており、長期に関わる造血器腫瘍患者に対する看護として特徴的である。そして闘病生活や治療の頑張りの意味を共に考える看護は、日々の営みや小さな出来事ひとつひとつに意味を見出す看護実践であり、長期的な治療経過の中で患者と関係性を築いてきた看護師だからこそできる看護である。終末期がん患者は生き生きとしていたころの自分や楽しかった出来事を他者に話すことで希望を育んでいるとされている¹⁵⁾。このことから、日々の営みや小さな出来事ひとつひとつに意味を見出す看護実践は、患者が生き生きとしていたころの自分や楽しかった出来事を他者に話すことを包含して、患者の希望を育む看護に至る可能性がある。

【死に対する思いを感じ取る】ことは、長期的な治療経過の深い理解や関係形成の中で実現されている看護である。看護実践におけるその人らしさとは、「今までの生活習慣や生活スタイルを大切にする」、「自分らしさが表れる希望・思考やニーズをくみ取る」、「対象者が大切にしてきた価値観や死生観を尊重する」とであるとされている⁹⁾。一般に日本人は、死を意識したり言葉にしたりすることを望まないといわれている¹⁶⁾。したがって、患者の死に対する思いを理解するためには、深い関係形成が必要である。看護師が患者の死に向き合う気持ちや気持ちの変化を感じ取っていたことは、長期的な治療経過に寄り添い、患者との関係形成があって実現されている看護であり、終末期の造血器腫瘍患者のその人らしさを支える看護の1つの特徴と考える。

【最期までどう支え抜くか問い続けている】ことも、長期の治療経過や関係形成を基盤とした終末期の造血器腫瘍患者に対する看護の特徴を示している。ケア提供者が単なる身体的存在としてではなく、患者の苦悩を共有し実存的な意味でそばにいたために、患者は力強い支えを得て不安や不確かさと向き合えるようになるとされている³⁾。患者の『病院にいたほうが安心感もあって』、『家に帰るっていうのは、ちょっと不安』、『転院して、誰も知らないところで死にたくない』といった慣れ親しんだ病院にいたい気持ちを感じ取

り、《患者にとって最善の最期について思い悩む》といった【最期までどう支え抜くか問い続けている】看護は、患者にとって看護師が支えとなることで、死にゆく不安や不確かさと向き合えることにつながっていると言える。また、ターミナル期にある患者は重要他者との関係を振り返ることで、今の自分を支える基盤や安心できる存在を確認し、ターミナル期という困難な状況を安心し、自分らしく生きていくとされている²⁾。加えて、B氏が患者を『家族のように大切な存在』と語っており、前述のように患者も『誰も知らないところで死にたくない』と表明していたことから、長期的な関わりを通して構築された造血器腫瘍患者と看護師の関係は、重要他者に準ずる関係性であると考えられ、患者が自分を支えてくれる存在として看護師を認識することにつながり、患者が終末期を自分らしく生活することにつながっていると言える。このことから、看護師は患者に長期的に関わる過程で患者のその時々々の困難な状況や苦悩に寄り添い、患者の生き方や価値観の理解に努め、患者との強い信頼関係を構築すると共に、患者の苦痛や苦悩に真摯に向き合うこと、患者と歩んできた闘病生活を意図的に振り返ること、そして患者の存在価値や生きる意味を見出す支援を行うことによって、長い闘病生活を支える存在として患者が看護師を認識できるよう関わるのが重要である。

2. 終末期にある造血器腫瘍患者のその人らしさを支える看護が希望の維持にもたらす意味

【どんな些細な希望も実現させる】とあるように、看護師は患者のどんな希望も大切であると捉え、それを叶える支援をしていた。B氏は患者の自己主張しない性格や遠慮がちな人柄を理解し、そういう患者だからこそ、この時間は休みたいといった些細な希望に目を向け、患者の希望をすべて叶えたいと思い関わっていた。また、A氏は息子に最期まで立派な母親でありたい患者の思いを理解し、転倒のリスクや体力が低下し辛い中でもトイレ歩行をギリギリまで叶える支援を行っていた。終末期がん患者はケア提供者から希望を支えられるケアリングを受けることで、自分が望む生活の仕方や自己の在り方が尊重され、自立した生活を目指せるようになり、その結果、残された時間の過ごし方を自己でコントロールできるという

実感を持ち、希望の維持が支えられるとされている³⁾。また、清潔や排泄の支援も生きる希望につながっており、衰弱しているからといってすべて代償的にケアするのではなく、自分でできることは可能な限りできるよう支援することが、その人らしさを尊重し生きる希望につながるとされている¹¹⁾。すなわち休息の取り方やトイレ歩行を叶えるといった【どんな些細な希望も実現させる】看護は、患者が看護師に希望を尊重されていることを実感し、終末期にあっても患者が希望を持続けること、患者が最期まで尊厳をもち過ごすことに強く関連している。そのため看護師は患者のもつセルフケア能力を十分にアセスメントし、ギリギリまで排泄など生活上の患者の希望を叶え、その人らしく最期まで尊厳をもって生ききることを支えることが大切であると考ええる。

また、【大切な人との時間を保つ】では、患者が家族など大切な人と周囲に気兼ねせずに過ごす時間を十分にとれるよう環境や時間の確保を行っていた。B氏は入院前の状況から、家族が患者と一緒にいられる最期のときと思って過ごせてきていないのではないかと考え、残される家族との時間を十分とれるよう関わっていた。また、C氏も患者にとって家族が一番安心できる存在であると気付き、家族で過ごせるように訪室の時間を調整する看護を行っていた。死が近い患者と家族員が寄り添い合うことは、両者が死への恐怖や孤独への癒しを得て、家族内の結びつきを強めるという終末期がん患者の希望につながっており、共に過ごす場の確保状況、周囲からのサポート状況などに応じ、両者に感情表出のための精神的サポートの機会を提供し、双方が気づかいを継続できるよう支える必要があるとされている¹⁷⁾。【大切な人との時間を保つ】ことで周囲に気兼ねなく大切な人と過ごせる時間を確保する支援は、患者に近づく死への両者の悲しみや恐怖を支え合い、患者が家族という大切な存在に支えられ最期まで生ききる希望を持つことにつながっていると言える。看護師は家族が面会にくる時間を把握し、その時間以外にできる処置やケアは終わらせておくことで、患者と家族だけの時間が十分にとれるよう、患者へのケアの時間を調整することが必要であると考ええる。

【少しでも苦痛のない時間を保つ】看護では、B氏は患者の心拍数が上がることは排尿をしてい

るサインであることに気付き、これが苦痛につながるとアセスメントしていた。そして、患者の心拍数に常に注意を払うと共に、患者の遠慮がちな性格から、患者がなかなかケアの希望を伝えてこないことを感じ取り、心拍数の上がったタイミングで訪室することで、排尿に伴う不快感を取り除くための支援をおこなっていた。また、C氏は患者の表情から痛みや呼吸苦などの苦痛を感じ取り、第一に患者の苦痛を緩和する支援を行っていた。終末期がん患者が希望を育み、維持するには、身体的苦痛の緩和が不可欠とされている¹⁷⁾。加えて、終末期がん患者の希望が表出されなくなった時の状況として、抱えている希望を維持・達成するのが困難であることをはっきりと認知した状況や、身体状態の悪化・苦痛増強に伴い精神的にも消耗した状況とされており¹⁵⁾、患者の【少しでも苦痛のない時間を保つ】支援は、患者が抱える身体的苦痛を緩和することで、終末期においても患者が希望をもち、それを表出できることにつながっていたと考える。そのため、患者に生じている苦痛の原因を、病態や薬理学などの面から十分にアセスメントすると共に、薬理的な方法や非薬理的な方法の知識も用いて、患者の苦痛を緩和していくことが大切であると考え。加えて、自分らしさが表れているその人の行動パターン・セルフケアを見出し、その人の行動からその人らしさを探求することが重要とされている⁹⁾。患者の行動パターンやセルフケアを理解することで、患者が言葉で訴えてこなくても、患者の苦痛を早期に捉え、取り除くことができると考える。

終末期がん患者にとって食べることは最期まで生き抜く原動力とされている¹⁹⁾。【量より日々の楽しみへ食事の意味を捉えなおす】看護は、患者が終末期を生ききる力となり、希望の維持をもたらす看護といえる。A氏は、食事は体力維持のためではなく少しでも満足できることが重要と食事の意味を転換し、食べることにプレッシャーとならないよう意識して患者と関わっていたといえる。食事の意味を捉えなおす看護としては、一口しか食べられなくても「こんなに食べられた」とフィードバックを行い、患者が食べられているという実感を持てるよう関わることや食に対する好みを理解し病院食にとらわれず食事の提案を行うことも必要と考える。このような看護によって少しでも食べたいものを食べることが、食を通して

生きる実感をもち、残された生を生ききる原動力につながっていると考える。

また、終末期がん患者の希望を支える看護として、「自分らしくいたい患者とともに歩む」、「患者が必要としていることにタイミングよく気づく」とあり¹⁷⁾、心拍数の上昇という患者の些細な変化から、ケアの必要性にタイミングよく気づく看護は、患者が気にかけてもらい、大切にされていると感じることができると考える。ターミナル期にある患者は重要他者との関係を振り返ることで、今の自分を支える基盤や安心できる存在を確認し、ターミナル期という困難な状況を安心し、自分らしく生きていくとされている²⁾。C氏のように、患者を支えたいとひたむきに看護することは、患者自身が看護師を支えてくれる存在と捉えることにつながっていると考え。【最期までどう支え抜くか問い続けている】、【どんな些細な希望も実現させる】といった、看護師が終末期に患者と共にいるあり様は、患者が看護師に支えられていることを確認し、死が近づいているという恐怖や不安に伴う困難な状況を安心し、自分らしく希望を維持して生きるための支援につながっていると言える。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、終末期にある造血器腫瘍患者のその人らしさを支える看護について語られた内容全てを分析したため、10個の大カテゴリーには造血器腫瘍に限らず終末期のがん患者全般に使える看護も含まれていた。しかし、対象者3名のデータ分析の真実性は確保されており、血液科病棟における看護については十分な結果が得られていると考える。一方で、緩和ケア病棟や在宅など血液科病棟以外の療養環境における看護について明らかにしていない。そのため、今後もデータを積み重ねることで、療養の場が異なる際のその人らしさを支える看護についても明らかになると考える。

V. 結論

3名の看護師に半構造化面接を行った結果、終末期にある造血器腫瘍患者のその人らしさを支える看護は、【感染予防に伴う生活上の制限を取り除く】、【感染予防に伴う生活上の制限の中でできることを見つけていく】、【ギリギリまで抗がん剤や輸血を視野にいれる】、【長期に寄り添った経過か

ら患者の人生を見つめなおす】、【死に対する思いを感じ取る】、【最期までどう支え抜くか問い続けている】、【どんな些細な希望も実現させる】、【大切な人との時間を保つ】、【少しでも苦痛のない時間を保つ】、【量より日々の楽しみへと食事の意味を捉えなおす】であることが明らかとなった。これら看護は、長期的な治療経過・関係形成を基盤とした患者の深い理解のもと、感染予防に伴う生活上の制限の調整や終末期における治療や療養の場の意思決定支援が行われ、患者の希望の維持を実現する看護であることが示唆された。長期的な治療経過・関係形成を基盤とする点や感染予防に伴う生活上の制限の調整といった点は終末期にある造血器腫瘍患者に特徴的な看護であると共に、終末期にある造血器腫瘍患者の希望の維持につながる看護の示唆を得られたことは本研究における新しい知見であると考ええる。

謝辞

本研究にご協力いただきました看護師の方々に厚く御礼申し上げます。

利益相反

該当する利益相反事項はない。

文献

- 倉石安庸：癌化学療法医にとって終末期医療とは。松仁会医学誌，43（1）；1-8，2004.
- 廣岡佳代，小松浩子：ターミナル期にあるがん患者の自己の支えを振り返る体験。日本がん看護学会誌，22（1）；3-11，2008.
- 片岡 純，佐藤禮子：終末期がん患者のケアリングに関する研究。日本がん看護学会誌，13（1）；14-24，1999.
- 水野道代：長期療養を続ける造血器がん患者が希望を維持するプロセス。日本がん看護学会誌，17（1）；15-24，2003.
- 河人賜帆，大橋真理，鈴木美弥：終末期において外泊に消極的だった白血病患者とのかかわり。磐田市立総合病院誌，14（1）；31-34，2010.
- 箱田美知恵，番匠章子，中嶋弘美：造血器がん終末期のストレス。日本看護学会論文集，成人看護II，（37）；86-88，2006.
- 上山千恵子：終末期ケアに携わる看護師が捉える「よい最期」。日本看護科学会誌，27（3）；75-83，2007.
- 鈴木玲子，村岡宏子：入退院を繰り返している血液がん患者を看取る看護師の感情とその対処。東邦大学医学部看護学科紀要，22；1-9，2009.
- 小和田美由紀，川田智美，藤本桂子：医療者がとらえる「その人らしさ」に関する研究内容の分析。群馬保健学紀要，32；43-50，2011.
- 岩田佳代子，今堀智恵子，宮松直美：一般病棟に勤務する看護師が行う終末期患者へのスピリチュアルケアの実態。日本看護学会誌，16（1）；160-169，2006.
- 三浦浅子，大西和子：進行性膀胱がん患者の死の受容過程の分析 告知を受けた4名のRetrospective Study。三重看護学誌，11；53-64，2009.
- 和泉成子：ターミナルケアにおける看護師の倫理的関心—解釈学的現象学アプローチを用いた探求。日本看護科学会誌，27（4）；72-80，2007.
- パトリシアベナー：ベナー看護論 新訳版—初心者から達人へ。井部俊子監訳，医学書院（東京），第1版第1刷，23-32，2005.
- 谷津裕子：Start Up 質的看護研究。株式会社学研メディカル秀潤社（東京），53，67-72，98-143，2010.
- 濱田由香，佐藤禮子：終末期がん患者の希望に関する研究。日本がん看護学会誌，16（2）；15-25，2002.
- M.Miyashita, M.Sanjo, T.Morita, et al. : Good death in cancer care:a nationwide quantitative study.Annals of Oncology 18:1090-1097, 2007.
- 庄村雅子：死にゆくがん患者と家族員との相互作用に関する研究。日本がん看護学会誌，22（1）；65-76，2008.
- 小島里美，小暮淳子，中村奈奈江：ターミナル期がん患者の希望を支える看護の考察.日本看護学会論文集，成人看護II，35；101-103，2005.
- 奥村あすか，藤田佐和：終末期がん患者のたべることへのコーピング。高知女子大学看護学会誌，36（2）；31-41，2011.

Nursing Care to Support the Individuality of Patients with Hematopoietic Tumors at the End of Life

Ogushi Mirai, Kohara Izumi

Purpose

The purpose of this study is to clarify the nursing that supports the individuality of patients with hematopoietic tumors at the end of life and to obtain suggestions for nursing care.

Methods

Semi-structured interviews were conducted with three nurses with more than five years of nursing experience in a hematology ward. Qualitative data analysis was conducted based on the similarity of the codes.

Results

Ten large categories were identified, including “Removing restrictions on daily life associated with infection prevention”, “Considering anticancer drugs and blood transfusions until the last moment”, “Reviewing the patient's life from a long-term perspective”, “Continuing to ask how we can support the patient until the end” and “Maintaining as much pain-free time as possible”.

Conclusion

It was suggested that nursing that supports the individuality of patients with hematopoietic tumors at the end of life is care that realizes the maintenance of the patient's hope, based on a deep understanding of the patient based on the long-term course of treatment and the formation of relationships, the adjustment of restrictions on daily life associated with the prevention of infection, and decision-making support for treatment and care setting.

Key words : end-of-life, hematopoietic tumors, Individuality, nursing support

資 料

急性期病院から自宅に退院した認知症高齢者の特徴

佐藤享子¹⁾, 川上 勝²⁾, 菅野妃穂子¹⁾, 山崎大輔¹⁾, 加藤 徹¹⁾,
浜端賢次²⁾, 上野まり²⁾

Characteristics of elders with dementia discharged from acute care hospitals to home

Takako Sato¹⁾, Masaru Kawakami, Kihoko Sugano¹⁾, Daisuke Yamazaki¹⁾,
Toru Kato¹⁾, Kenji Hamabata²⁾, Mari Ueno²⁾

抄録：

目的

急性期病院から自宅に退院した認知症高齢者の特徴を明らかにする。

方法

関東圏内にある急性期病院A病院を2019年度内に退院した70歳以上の認知症高齢者1,349人のうち、①認知症の診断を受けた患者、または発現したBPSDの症状に投薬がなされた患者②認知症高齢者日常生活自立度判定がⅢ a 以上と判断されている退院患者どちらかの条件を満たす者延べ551人のうち、入院前後の居場所が不明であった7名を除く544名を分析対象とした。電子カルテ及び退院支援部門の情報からデータを収集した。分析は、544名を調査項目ごとに単純集計し、さらに自宅から入院した303名を、自宅に退院した群（自宅群）137名と、自宅外に退院した群（自宅外群）146名に二分し、調査項目ごとに χ^2 検定により比較した。調査は、A病院の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

結果

患者の平均年齢は、85.9歳、男女比は約4：6と女性の方が多かった。緊急入院患者は、約91%を占めていた。退院先は、死亡退院が34名（6.3%）、自宅退院者は138名（25.4%）自宅外退院者（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、有料老人ホーム、病院等）は、372名（68.4%）であった。診療科は、内科、脳外科、整形外科、外科、眼科の順に多かった。

自宅退院群と自宅外退院群を比較した結果、自宅退院群の特徴として、平均在院日数が短い、退院時の認知症高齢者の日常生活自立度が高く、入院時BI値が移乗・整容・歩行・階段昇降・着替え・排便・排尿コントロールの項目において有意に高かった。また、医療行為の有無においては、膀胱留置カテーテル、吸引、経管栄養の項目において、自宅外退院群の処置有が有意に多かった。

考察

研究結果よりA病院の認知症高齢患者の特徴が明らかになった。その特徴を踏まえて、自宅から入院する認知症高齢者が、自宅に退院できるための看護支援を考えていくことができると考える。そのためには、緊急入院を回避する支援の必要性、急性期病院への入院によるADLや認知機能の低下に配慮する必要性、膀胱留置カテーテル・吸引・経管栄養の医療行為を必要としない生活を可能にするための支援が求められているのではないかとすることが示唆された。

本研究結果を踏まえて、急性期病院から認知症高齢者の自宅退院をサポートするために、病院看護師がどのような役割を担い、支援していくことが有効かということについて具体的に明らかにしていくことが、今後の課題と考える。

キーワード：認知症高齢者、自宅退院、急性期病院

Key Words：elderly person with dementia, discharged to home, acute care hospitals

1) 国立病院機構 栃木医療センター：National Hospital Organization Tochigi Medical Center

2) 自治医科大学 看護学部：Jichi Medical University School of Nursing

I. はじめに

わが国では、2040年度を見据え医療・介護サービスの提供体制改革が推し進められている。改革には、病院の機能分化を進め、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を短縮化して早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、退院先となる在宅医療・在宅介護を充実させることが提示されている。入院期間の短縮化は、患者・家族の在宅療養準備期間の短縮を意味し、病院における退院支援、病院と地域の看護師による継続看護がますます重要となっている。

その一方で、超高齢化に伴い、認知症高齢者は今後著しく増加し、また高齢夫婦世帯や独居高齢者も増加傾向にある。認知症高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせることが地域包括ケアシステムの目指すところである。しかしながら、認知症状が中等度以上の高齢者が、住み慣れた地域に帰るということが困難であることも、急性期病院では実感している。

先行研究によると、退院支援について中村¹⁾は、「『退院調整看護師』に対するニーズが高まり、患者と家族の最も身近な存在として退院に関わる支援を担ってきた病棟看護師とともに退院支援を行う体制となった」と述べている。その退院支援を行う病棟看護師について川村ら²⁾は、認知症の症状に関連する困難、看護師としての職責に対する葛藤、認知症専科でない病棟に起因する困難を感じていることを明らかにしている。川島ら³⁾は、「病棟看護師には、患者が地域にもどっても安心して療養ができるよう、退院後の生活を想定した支援を入院直後から開始することが求められている。…中略…病棟看護師は、患者の入院前の生活状況や家族の介護力について情報がとりにくく、退院支援を行う際に、患者の在宅生活のイメージが持ちにくいことがわかった」と述べている。

また金⁴⁾は、「認知症高齢者を抱える家族介護形態が多様化してきている。介護中に家族の高齢化が進み、いわゆる老老介護が増え、それに伴い認知介護も増え続けている」と述べており、認知症高齢者を抱える家族の状況が多様化していることがわかる。この背景より、家族内における介護力の低下は著しい。金⁴⁾は、「今後も家族による介護は欠かせない状況である」と述べている。宮原ら⁵⁾は、「入院を契機に生じる認知症高齢者の身体・認知機能の変化は家族負担を増大させる」と

述べている。これらのことから家族介護力が低下した中で、医療依存度が増した認知症高齢者が在宅療養を継続していくためには、医療・介護・福祉のさらなる連携が重要である。

小田原⁶⁾が「当事者や家族の希望を取り入れたケアプランの策定支援をおこなうことで、円滑な退院支援につながる事が期待できる」と述べているように、退院支援に関わる院内スタッフと地域の介護・福祉職が連携し、情報共有できる地域との医療体制作りと、入院生活から在宅への退院を円滑にできる急性期病院の態勢作りが必要と考えた。そして、その課題に取り組む前段階として、まず急性期病院から自宅に退院した認知症高齢者の特徴を明らかにしようと考えた。

II. 研究の目的

急性期病院から自宅に退院した認知症高齢者の特徴を明らかにする。

III. 用語の定義

1. 認知症高齢者

本研究における「認知証高齢者」とは、2019年度にA病院から退院した認知症の診断を受けた高齢者、もしくは入院中に発現したBPSDの症状に対する投薬がなされた70歳以上の患者とする。

2. BPSD (行動・心理症状)

認知症には「中核症状」と「行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD)」があるが、中核症状が現れることによって、精神的に落ち込んだり、できないことに焦りを感じたり、不安になったりした結果起きる症状がBPSD (行動・心理症状) である。

3. 認知症高齢者日常生活自立度

認知症の高齢者にかかる介護の度合いを分類したものである。Ⅲ a 以上の状態とは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等の状態を指す。認知症自立度Ⅲ a 以上は認知症ケア加算算定対象となっている。

4. 自宅退院

本研究における「自宅」とは、在宅復帰先とされている様々な居住系介護保険施設やサービス付き高齢者住宅などは含まない。高齢者が長年暮らしてきた家、または入院前に地域生活を継続してきた住居に退院することを自宅退院と定義する。持ち家か借家かについては問わない。

5. 急性期病院

病気やけが、事故などによって、急激に身心の健康が損なわれ、さまざまな症状を呈する一定の時期に対して、早期の状態安定にむけた医療を提供する一般病院、特定機能病院等とする。

IV. 研究方法

1. 研究対象者

2019年度内（2019年4月～2020年3月末日）に関東圏内にある急性期病院A病院を退院した70歳以上の認知症高齢者で退院患者1,349人のうち、下記2つの条件双方を満たす者延べ551人を対象とする。

- 1) 認知症の診断を受けた患者、または発現したBPSDの症状に投薬がなされた患者
- 2) 認知症高齢者日常生活自立度判定がⅢ a 以上と判断されている退院患者

2. 研究デザイン 量的研究

3. 研究期間

2021年4月21日～8月31日

4. データ収集方法と項目

1) データ収集

2019年4月～2020年3月末日までの退院患者のうち、認知症の診断を受けた、または発現したBPSD（行動心理症状）に投薬された70歳以上の患者について、電子カルテより下記の項目についてデータ収集する。さらに、対象となった患者に関してA病院の地域連携室（退院支援部門）が有するデータも収集する。

A病院は、在宅療養後方支援病院としての役割を担っており、自宅・施設で在宅療養を受けている患者の急変・増悪時に24時間いつでも救急診療・入院診療の対応ができる体制を整え連携している地域の医療機関や福祉施設の支援を行っている。

2) データ収集項目

「急性期病院における認知症高齢患者の退院支援態勢の整備・向上に関する調査研究事業⁷⁾」に挙げられている項目を参考に以下の項目を設定した。

- (1)対象の入院状況（緊急入院の有無 救急搬送の有無）
- (2)入院となった診療科
- (3)退院先
- (4)入院時のActivities of Daily Living（ADL）の程度
- (5)入退院時の認知症高齢者日常生活自立度
- (6)退院時の年齢
- (7)在院日数
- (8)入退院時の要介護度
- (9)入退院時の介護保険の申請状況
- (10)家族との同居
- (11)キーパーソン（主介護者）
- (12)主介護者と続柄
- (13)介護協力者と続柄
- (14)実施している医療行為

5. 分析方法

- 1) A病院を2019年度内に退院した高齢認知症患者（認知症高齢者の日常生活自立度判定Ⅲa以上）を対象として、調査項目ごとに単純集計する。
- 2) 1) のデータから、死亡退院した者を除外し、自宅から入院した、退院先が自宅の患者（自宅群）と自宅以外に退院した患者（自宅外群）に分け、その特徴を χ^2 検定により比較検討する。分析には統計ソフトRを使用した。

6. 倫理的配慮

データ収集の際は、個人が特定できないようにすべて記号化してから情報を収集する。また、プライバシー保護に最大限の努力を払い、本研究を行う上で知り得た個人情報に正当な理由なく漏らさない。研究者がその職を退いた後も同様とする。なお、本研究はA病院倫理審査承認を得てから開始した（倫理審査番号：栃202104150）。

V. 結果

1. A病院における日常生活自立度Ⅲa以上の認知症高齢患者の特徴

対象者延べ551名のうち、入院前後の居場所が不明であった7名を除く544名を分析対象者とした。患者の平均年齢は、85.9歳（最高104歳、最低70歳）、男女比は男性208名（38.2%）、女性336名（61.8%）と女性の方が多かった。緊急入院患者は、495名で全体の91%を占めていた。退院先は、表1に示すとおりであり、死亡退院が34名（6.3%）、自宅退院者は138名で全体の25.4%であった。自宅外への退院（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、有料老人ホーム、病院等）は、372名で全体の68.4%であった。診療科は、内科、脳外科、整形外科、外科、眼科の順に多かった。

表1 認知症高齢者の入院前後の居住場所

n=544

入院前	人 (%)	退院後	人 (%)
自宅	303 (55.7)	自宅	137 (25.2)
		自宅外	146 (26.8)
		死亡退院	20 (3.7)
自宅外	241 (44.3)	自宅	1 (0.2)
		自宅外	226 (41.5)
		死亡退院	14 (2.6)

入院前に自宅に居住していた人は303名で全数の55.7%であった。自宅から入院し自宅に退院できた認知症高齢者は137名であり、自宅から入院した人の45.2%は自宅に退院していた。自宅から入院して死亡した人は20名（6.6%）、施設等自宅外に退院した人が146名（48.2%）で、自宅から入院してきた認知症高齢者のうち、自宅に帰る人と帰らない人の割合はほぼ同じであった。特別養護老人ホームより入院時自宅へ退院した人が1人おり138人が自宅へ退院していた。

2. 自宅に退院した患者とそれ以外の場所に退院した患者の比較

自宅から入院した303名のうち死亡退院20名を除く、自宅から入院し自宅へ退院した137名と自宅外へ退院した146名を調査項目ごとに χ^2 検定により比較した結果は、表2と3のとおりである。表2と3

3. 退院先と在院日数の関連

自宅退院群の在院日数は最短では2日、平均値19.7日、中央値は14日、最大日数は71日であっ

た。しかし、自宅外退院群においては、在院日数が平均38.1日、中央値33.5日、最大日数は128日であり、自宅外退院群の在院日数は明らかに長かった。

2) 緊急入院の有無と退院先との関連

表2に示す通り、自宅外退院者の方が、緊急入院する割合が有意に高かった。

3) 認知症日常生活自立度判定と退院先との関連

入院時の認知症高齢者の日常生活自立度を比較すると、退院先による有意な差は見られていないが、退院時の認知症高齢者の日常生活自立度においては、自宅外退院群の方が判定が低いという特徴があった。

4) 要介護度と退院先との関連

入院時の要介護度を比較すると、退院先による有意な差は見られていないが、退院時の要介護度においては、自宅外退院群の方が判定が低いという特徴があった。

5) 家族との同居との関連

家族との同居の割合については、自宅外退院群が自宅退院群に比べて有意に低かった。

6) 在宅における医療処置の有無

医療処置を要する状態で退院した認知症高齢者数は全体的に少数ではあったが、膀胱留置カテーテル、吸引、経管栄養は、自宅外退院群が有意に高かった。

7) 入院時のADL状況 (BarthelIndex : BI値)

A病院では、入院時のみBI値によるADLの判定を行っている。入院時のADL項目別のBI値は、表3に示す通りであった。自宅退院群と自宅外退院群で比較した結果、移乗、整容、歩行、階段昇降、着替え、排便・排尿コントロールの項目で、自宅退院群が有意に得点の高い結果が見られていた。

VI. 考察

1. 緊急入院を回避するための支援の必要性

田所ら⁸⁾は、「2次救急病院においては救急外来受診者の15.4%が認知症患者で、そのうち54.9%が入院を要し、平均入院期間は33.4日であった」と述べている。緊急入院は、予期しない環境の変化という点で、認知症の人にとって適応が難しい事態であり、認知症高齢者は突然の出来事を理解することができず混乱を起こしやすく、入院期間が延長するとADLの低下につながる特徴から、治療

急性期病院から自宅に退院した認知症高齢者の特徴

表2 自宅から入院した認知症高齢者の退院先別の特性比較 n=283

		人 (%)		退院先 自宅n=137		自宅外n=146		p 値
				自宅 人 (%)	自宅外 人 (%)			
性別	男	118	(41.7)	55	(40.1)	63	(43.2)	0.695
	女	165	(58.3)	82	(59.9)	83	(56.8)	
緊急入院	あり	261	(92.2)	121	(88.3)	140	(95.9)	0.020*
	なし	21	(7.4)	16	(11.7)	5	(3.4)	
	不明	1	(0.4)	1	(0.7)	0	(0.0)	
入院時 認知症日常生活 自立度判定	Ⅲa	107	(37.8)	57	(41.6)	50	(34.2)	0.362
	Ⅲb	53	(18.7)	21	(15.3)	32	(21.9)	
	Ⅳ	108	(38.2)	50	(36.5)	58	(39.7)	
	Ⅴ	1	(0.4)	1	(0.7)	0	(0.0)	
	不明	14	(4.9)	8	(5.8)	6	(4.1)	
退院時 認知症日常生活 自立度判定	Ⅲa	89	(31.4)	56	(40.9)	33	(22.6)	0.006*
	Ⅲb	56	(19.8)	21	(15.3)	35	(24.0)	
	Ⅳ	114	(40.3)	47	(34.3)	67	(45.9)	
	Ⅴ	4	(1.4)	1	(0.7)	3	(2.1)	
	不明	20	(7.1)	12	(8.8)	8	(5.5)	
入院時要介護度	要支援 1	5	(1.8)	0	(0.0)	5	(3.4)	0.362
	要支援 2	8	(2.8)	4	(2.9)	4	(2.7)	
	要介護 1	25	(8.8)	13	(9.5)	12	(8.2)	
	要介護 2	64	(22.6)	31	(22.6)	33	(22.6)	
	要介護 3	46	(16.3)	26	(19.0)	20	(13.7)	
	要介護 4	52	(18.4)	19	(13.9)	33	(22.6)	
	要介護 5	35	(12.4)	27	(19.7)	8	(5.5)	
	不明	57	(20.1)	17	(12.4)	31	(21.2)	
退院時要介護度	要支援 1	3	(1.1)	0	(0.0)	3	(2.1)	0.006*
	要支援 2	7	(2.5)	4	(2.9)	3	(2.1)	
	要介護 1	23	(8.1)	13	(9.5)	10	(6.8)	
	要介護 2	62	(21.9)	32	(23.4)	30	(20.5)	
	要介護 3	48	(17.0)	27	(19.7)	21	(14.4)	
	要介護 4	54	(19.1)	19	(13.9)	35	(24.0)	
	要介護 5	39	(13.8)	27	(19.7)	12	(8.2)	
	不明	47	(16.6)	15	(10.9)	32	(21.9)	
家族との同居	あり	240	(84.8)	126	(92.0)	114	(78.1)	0.004*
	なし	41	(14.5)	10	(7.3)	31	(21.2)	
	不明	2	(0.7)	1	(0.7)	1	(0.7)	
主介護者	あり	273	(96.5)	134	(97.8)	139	(95.2)	0.290
	なし	6	(2.1)	1	(0.7)	5	(3.4)	
	不明	4	(1.4)	2	(1.5)	2	(1.4)	
主介護者の続柄	配偶者	102	(36.0)	59	(43.1)	43	(29.5)	0.064
	娘	78	(27.6)	39	(28.5)	39	(26.7)	
	息子	62	(21.9)	28	(20.4)	34	(23.3)	
	姉妹	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	
	兄弟	3	(1.1)	0	(0.0)	3	(2.1)	
	その他	31	(11.0)	10	(7.3)	21	(14.4)	
	不明	7	(2.5)	1	(0.7)	6	(4.1)	
介護協力者	あり	244	(86.2)	123	(89.8)	121	(82.9)	0.186
	なし	38	(13.4)	14	(10.2)	24	(16.4)	
	不明	1	(0.4)	0	(0.0)	1	(0.7)	
医療行為								
膀胱留置 カテーテル	あり	30	(10.6)	8	(5.8)	22	(15.1)	0.02*
	なし	253	(89.4)	129	(94.2)	124	(84.9)	
ストマ	あり	3	(1.1)	1	(0.7)	2	(1.4)	0.956
	なし	280	(98.9)	136	(99.3)	144	(98.6)	
吸引	あり	41	(14.5)	13	(9.5)	28	(19.2)	0.032*
	なし	242	(85.5)	124	(90.5)	118	(80.8)	
在宅酸素	あり	2	(0.7)	1	(0.7)	1	(0.7)	0.506
	なし	281	(99.3)	136	(99.3)	145	(99.3)	
気管切開	あり	2	(0.7)	2	(1.5)	0	(0.0)	0.450
	なし	281	(99.3)	135	(98.5)	146	(100.0)	
経管栄養	あり	6	(2.1)	0	(0.0)	6	(4.1)	0.047*
	なし	277	(97.9)	137	(100.0)	140	(95.9)	
胃ろう・腸ろう	あり	8	(2.8)	6	(4.4)	2	(1.4)	0.243
	なし	275	(97.2)	131	(95.6)	144	(98.6)	
褥瘡・創傷処置	あり	34	(12.0)	14	(10.2)	20	(13.7)	0.473
	なし	249	(88.0)	123	(89.8)	126	(86.3)	
自己注射	あり	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1.000
	なし	283	(100.0)	137	(100.0)	146	(100.0)	
人工呼吸器	あり	2	(0.7)	0	(0.0)	2	(1.4)	0.506
	なし	281	(99.3)	137	(100.0)	144	(98.6)	
持続点滴	あり	104	(36.7)	51	(37.2)	53	(36.3)	0.97
	なし	179	(63.3)	86	(62.8)	93	(63.7)	

有意確率 * p<0.05

が困難となり転院や退院となることもある。

またA病院の緊急入院が多い要因としては、在宅療養後方支援病院としての役割を担っており、自宅・施設で在宅療養を受けている患者の急変・増悪時に24時間いつでも救急診療・入院診療の対応ができる体制を整えることで、在宅医療機関の支援をおこなっているためと考える。

認知症高齢者が入院により生活が途切れることのないよう、入院前の暮らしを継続するために、地域の医師と訪問看護師・ケアマネジャーによるケアチームを構築し意思決定支援を行い、在宅で必要な医療・看護・介護を協働できる体制整備が求められる。そして急性期病院においては、入院してからだけでなく外来通院の段階から、外来等

表3 自宅から入院してきた認知症高齢者の退院先別BI値の比較 n=283

	BI値	人	(%)	退院先 自宅n=137		自宅外n =146		p 値
				自宅	人 (%)	自宅外	人 (%)	
食事	0	104	(36.7)	50	(36.5)	54	(37.0)	0.432
	5	64	(22.6)	27	(19.7)	37	(25.3)	
	10	114	(40.3)	60	(43.8)	54	(37.0)	
	不明	1	(0.4)	0	(0.0)	1	(0.7)	
移乗	0	242	(85.5)	108	(78.8)	134	(91.8)	0.009*
	5	3	(1.1)	1	(0.7)	2	(1.4)	
	10	29	(10.2)	22	(16.1)	7	(4.8)	
	15	8	(2.8)	6	(4.4)	2	(1.4)	
	不明	1	(0.4)	0	(0.0)	1	(0.7)	
整容	0	203	(71.7)	89	(65.0)	114	(78.1)	0.030*
	5	78	(27.6)	48	(35.0)	30	(20.5)	
	10	1	(0.4)	0	(0.0)	1	(0.7)	
	不明	1	(0.4)	0	(0.0)	1	(0.7)	
トイレ動作	0	228	(80.6)	105	(76.6)	123	(84.2)	0.116
	5	36	(12.7)	18	(13.1)	18	(12.3)	
	10	17	(6.0)	13	(9.5)	4	(2.7)	
	不明	2	(0.7)	1	(0.7)	1	(0.7)	
入浴	0	272	(96.1)	129	(94.2)	143	(97.9)	0.080
	5	10	(3.5)	8	(5.8)	2	(1.4)	
	不明	1	(0.4)	0	(0.0)	1	(0.7)	
歩行	0	200	(70.7)	104	(75.9)	96	(65.8)	0.019*
	5	72	(25.4)	26	(19.0)	46	(31.5)	
	10	7	(2.5)	4	(2.9)	3	(2.1)	
	15	4	(1.4)	3	(2.2)	1	(0.7)	
階段昇降	0	257	(90.8)	118	(86.1)	139	(95.2)	0.030*
	5	22	(7.8)	16	(11.7)	6	(4.1)	
	10	4	(1.4)	3	(2.2)	1	(0.7)	
着替え	0	225	(79.5)	98	(71.5)	127	(87.0)	0.007*
	5	37	(13.1)	23	(16.8)	14	(9.6)	
	10	19	(6.7)	15	(10.9)	4	(2.7)	
	不明	2	(0.7)	1	(0.7)	1	(0.7)	
排便 コントロール	0	225	(79.5)	102	(74.5)	123	(84.2)	0.028*
	5	27	(9.5)	13	(9.5)	14	(9.6)	
	10	31	(11.0)	22	(16.1)	9	(6.2)	
排尿 コントロール	0	224	(79.2)	102	(74.5)	122	(83.6)	0.029*
	5	28	(9.9)	13	(9.5)	15	(10.3)	
	10	31	(11.0)	22	(16.1)	9	(6.2)	

※ BI値は入院時に判定

有意確率* p<0.05

で本人・家族に疾患を把握した上で、入院した場合の認知機能やADLの低下を事前に予測し、本人や家族に情報提供しながら在宅医療を支えていく必要もある。院内外が多職種と連携することにより、緊急入院の回避につながる体制を作ることができるのではないかと考える。

2. 急性期病院における高齢入院患者に対するADLおよび認知機能低下への配慮の必要性

先行研究⁹⁾では、高齢認知症患者が、身体疾患の治療を目的とした入院を契機にして、ADLや認知症が悪化し、それまでの生活が継続できなくなる状況があるとされている。したがって急性期病院においては、認知症を有する高齢者のADLや認知機能の低下の実態を把握する必要性があると考ええる。

A病院は2次救急病院である。田所ら⁸⁾の、「認知症患者は救急外来受診あるいは緊急入院の可能性が高いと推定される」ことから、地域で暮らす認知症高齢者が2次救急であるA病院へ身体疾患のため入院することがわかる。認知症高齢者が入院すると、せん妄等の合併症をきたしやすく、認知機能も増悪し得ると考えられる。本研究結果において、入院時には認知症高齢者の日常生活自立度に差はなかったにもかかわらず、退院時には自宅外退院群が有意に自立度の低下を示していたことから、身体疾患のため緊急入院し、せん妄等を発症することで自宅退院が困難となっていることが考えられた。またA病院では入院時にBI値を測定しているが、自宅へ退院した人の入院時のADLは、移乗、整容、歩行、階段昇降、着替え、排便・排尿コントロールの項目で、有意にBI値が高いことが分かった。このことから、急性期治療中でも、本人および家族とともにADLや認知機能を下げないで短期間で自宅に帰れるように対策していくことが必要と考えられる。丸岡ら¹⁰⁾は「在宅移行支援の最終的な目標は、患者と家族が納得して退院を迎えることが出来る」と述べている。自宅から入院し自宅への退院を本人が希望しても本人、家族の思いにずれがあると望む場所への退院は困難になると考える。荒木ら¹¹⁾は「入院を契機に生じる認知症高齢者の低下や認知機能の悪化により家族が受け入れることができず、退院調整に時間がかかるため入院期間が延長したり、退院先を変更したりすることを余儀なくされる状況もで

てくる」と述べていることから、入院時のADLの維持、向上を目指すリハビリテーションや、自宅での自立生活の継続をイメージした訓練等の支援も重要であると考ええる。

3. 医療行為の有無と退院先との関連

本研究結果では、自宅退院群の方が、膀胱留置カテーテル、吸引、経管栄養の必要な高齢者が有意に少なかった。したがって、急性期病院入院中には、このような医療処置を要する状態にしないことが、自宅退院への一つの条件になり得ることが示唆された。

Ⅶ. 結論

急性期病院であるA病院から自宅に退院する認知症高齢者の特徴として、在院日数が短く、退院時の認知症高齢者日常生活自立度判定では自立度が高かった。また退院時に膀胱留置カテーテル、吸引、経管栄養などの医療処置がない人の方が有意に自宅に退院していた。ADLにおいては、移乗、整容、歩行、階段昇降、着替え、排便・排尿コントロールなどの日常生活動作が自宅退院に影響する要因であることが明らかになった。入院してからではなく、外来通院の段階から患者、家族の生活を考えながら療養支援が行えるような体制作りおよび看護師や医師、院内外が多職種チームによる早期からの自宅退院に向けた介入が必要であることが示唆された。

Ⅷ. 今後の課題

本研究結果を踏まえて、急性期病院から認知症高齢者の自宅退院をサポートするために、病院看護師がどのような役割を担い、支援をしていくことが有効かということについて、今後は明らかにしていくことが課題である。

引用文献

- 1) 中村 円：退院に伴う意思決定支援における病棟看護師と退院調整看護師の役割意識. 日本看護研究学会, 44 (1) : 99-110, 2021.
- 2) 川村晴美, 三村洋美, 俵積田ゆかり：急性期病院で認知症高齢者をケアする看護師の困難感. 昭和学会誌, 80 (6) : 491-498, 2020.
- 3) 川嶋元子, 森 昌美, 松宮愛他: 病棟看護師の退院支援の現状と課題－患者が地域へ安心し

- て戻るために－. 聖泉看護学研究, 4;29-38, 2015.
- 4) 金 圓景：認知症高齢者の家族介護者支援システムの現状と課題.筑紫女学園大学研究紀要；125-134, 2017.
 - 5) 宮原 伸二・山下 幸恵：認知症高齢者の長期在宅療養を可能にする条件.日本農村医学会雑誌. 60 (4)；507-515, 2011.
 - 6) 小田原俊哉：わが国の認知相施策の未来11：一般病院における認知症高齢者の支援体制を整備するために老年精神医学雑誌. 28 (1)；79-85, 2018.
 - 7) 急性期病院における認知症高齢患者の退院支援態勢の整備・向上に関する調査 研究事業; 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所, 1-150, 2019.3.
 - 8) 田所功・佐々木諒・涌谷陽介他：救急医療現場での認知症患者の急増. 日本老年医学会雑誌56 (1)；6-14, 2019.
 - 9) 7) 再掲
 - 10) 丸岡直子・石川倫子・中島知世他：在宅療養移行支援において患者・家族との対話を可能にする 病院看護師の行動. 石川看護雑誌.18；61-72. 2021.
 - 11) 荒木さおり・原祥子・長谷川沙希他：一般病院に勤務する認知症看護認定看護師の認知症高齢者に対する専門的実践活動,日本認知症ケア学会誌14 (4)；858-867. 2016.

看護学部教員共同研究報告

研究課題：看護学生の学習におけるエンゲージメントに関する基礎的研究

共同研究組織：

研究代表者

石井慎一郎（精神看護学 講師）

共同研究者

江田 千絵（社会福祉法人ブローニュの森
保健師）

田村 敦子（小児看護学 准教授）

当該年度の研究活動と成果実績概要

本研究の目的は、看護学生の学習におけるエンゲージメントと学業成果の実態および関係性を明らかにすることであった。

学習エンゲージメント概念の評価指標について再度文献検討を行った。エンゲージメント概念は、これまでの感情、認知、行動の3つの主要概念の他、Agentic Engagement（Reeve他, 2011）やState Engagement（外山, 2018）、Social Engagement（櫻井, 2019）などの新たな構成概念が明らかにされており、より学習者の「状況」に焦点を当てる必要性が指摘されていた。

このことから、学習におけるエンゲージメントの可視化には、主要概念を含む新たな構成要素との関連の検討、状況を想起させるだけでなく課題遂行直後の評価も検討が可能である。

COVID-19感染拡大による授業日程・授業形態の変更により、執行額が大幅に縮小した。助成額内の物品費は、計画通り執行した。

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

島田 裕子（看護学部地域看護学 講師）

共同研究者

春山 早苗（看護学部地域看護学 教授）

塚本 友栄（看護学部地域看護学 教授）

青木さぎ里（看護学部地域看護学 講師）

江角 伸吾（看護学部地域看護学 講師）

横山 絢香（看護学部地域看護学 助教）

朝川美也子（下野市健康福祉部高齢福祉課
基幹型地域包括支援センター
センター長）

江連 正子（下野市健康福祉部高齢福祉課
介護保険グループ 副主幹）

小林 祐樹（下野市健康福祉部高齢福祉課
基幹型地域包括支援センター
主事）

小林 藍（下野市健康福祉部高齢福祉課
基幹型地域包括支援センター
主事）

小林 正則（下野市社会福祉協議会 地域福祉
課長）

桑島 謙司（下野市社会福祉協議会 副主幹）

鈴木祐孝・井上永子・隅谷サヨ子・黒須重光・

黒川一巳・菅井貞雄（下野市社会福祉協議会
臨時職員 第2層生活支援コーディネーター）

度までに本調査を実施した下野市内19地区平均よりも多く、一方Bは成人・高齢者ともに少なかった。活動方法として、これらの健康意識や地域住民同士の交流の状況を踏まえて健康づくりや介護予防に取り組む必要性が示唆された。活動方法の類型化については、行政区単位で調査結果報告会を開催し、住民から感想や意見を聴取し、行政区単位の取組について示唆を得ることにより実施予定だったが、新型コロナウイルス感染症拡大を考慮し報告会を延期したため、未実施である。

当該年度の研究活動と成果実績概要

令和元年度に引き続き、行政区の地域特性を踏まえて住民主体の支え合い体制づくりの活動方法を類型化することを目的に、栃木県下野市の2行政区における成人（40～64歳）215人及び高齢者（65歳以上）202人を対象に、質問紙による生活支援ニーズ調査を行った。

回収数（率）は、成人が105人（48.8%）、高齢者が140人（69.3%）であった。調査の結果、各行政区の健康、生活及び支え合いに関するニーズが明らかになった。2行政区ともに成人・高齢者の約9割が健康を意識した生活をしていた。2行政区（A・B）のうち、Aは成人・高齢者ともに日頃の地域住民同士の交流が、平成29年度から令和2年

研究課題：術後急性期患者への看護実践モデルの
開発

－モデルの構成概念の網羅的検討－

共同研究組織：

研究代表者

長谷川直人（看護学部成人看護学 准教授）

共同研究者

古島 幸江（看護学部成人看護学 講師）

村上 礼子（看護学部成人看護学 教授）

佐藤 幹代（看護学部成人看護学 准教授）

佐々木彩加（看護学部成人看護学 助教）

渡邊 賢治（看護学部成人看護学 助教）

谷島 晴香（看護学部成人看護学 助教）

福田 怜加（附属病院7E病棟 看護師）

筒井 咲頼（附属病院5A病棟 看護師）

古内三基子（附属病院5B病棟 師長

看護学部臨地講師）

小林 真穂（附属病院5B病棟 主任）

福田佳代子（附属病院5B病棟 看護師）

野口 康子（附属病院CCU病棟 看護師）

西川 泉（附属病院7A病棟 看護師）

宿村 香織（附属病院ICU病棟 看護師）

軽部真粧美（附属病院第一外来 主任

看護学部臨地講師）

当該年度の研究活動と成果実績概要

術後急性期患者への一般的な看護実践の主たる要素を概念化し、看護実践を包括的に説明できるモデルの構築に取り組んだ。各研究者が経験した計23の看護実践事例から術後急性期患者の看護実践を構成する12の概念を見だし、さらに概念間の先行要件や帰結を含む因果関係の検証を進めた。その結果、2つのコア概念と、3つのコア概念の候補を見いだした。

看護者は、術後急性期患者の反応や諸データから何かがおかしいと感じた際に、その状況をさぐり違和感の原因を絞り込み、まだ様子をみれる理由付けができる場合には変化から目を離さないように、また、重篤性や緊急性が高い確証が得られた時点で即座に治療につなげる【違和感の見極め】を行っていた。また、術後急性期患者の手術侵襲の反応を気かけながら回復の阻害たる要因を排除し、必要時は約束事をとりつけながら回復行動に取り組む気にさせる【見越しにひきつけるかけひき】を行っていた。

研究課題：小学生以下（0歳～12歳）の子どもをもつ看護師への支援

研究代表者

小西 克恵（看護学部 助教）

共同研究者

横山 由美（看護学部 教授）

飯島 早絵（看護学部 助教）

大海 佳子（自治医科大学附属病院
看護部副部長 臨地准教授）

神田 貴代（自治医科大学附属病院
看護部副部長 臨地准教授）

当該年度の研究活動と成果実績概要

本年度、看護職のワークライフバランスに関する文献検討と看護師の子育て支援の文献検討を行った。医学中央雑誌（医中誌Web）を用いて、「看護師」and「子育て支援」をキーワードとし、これまでに発表された論文94件の内容を研究者2名で討議し14件に絞った。また、「看護師」and「ワークライフバランス（WLB）」をキーワードとして、抽出された論文726件のうち、最新5年分の原著論文87件の内容を吟味し、45件を分析した。

子育てとの両立には、育児休暇後の[短時間勤務制度][休業休暇の制度][深夜勤の制限制度]等の職場の制度が活用されていた。しかし、短時間勤務制度等を利用して、時間内に業務を終わらせることの難しさや、周囲への負担を感じている現状が明らかとされていた。仕事と子育ての両立に限界がくると離職要因に直結するが、夜勤の有無は子育てとの両立において影響しないとの報告があった。上記内容を8月に第24回日本看護管理学会学術集会において発表した。

**研究課題：固形物の経口摂取ができるようになる
までの子どもの体験**

－中心静脈や経管栄養からの離脱－

共同研究組織：

研究代表者

飯島 早絵（小児看護学 助教）

共同研究者

横山 由美（小児看護学 教授）

大海 佳子（自治医科大学附属病院看護部
看護副部長）

川上 直子（自治医科大学附属病院看護部
主任）

佐々木綾香（自治医科大学附属病院看護部
小児看護専門看護師）

当該年度の研究活動と成果実績概要

今年度、研究課題に対する文献検討、自治医科大学臨床研究等倫理審査委員会に提出する研究計画書の作成に着手を行った。しかしながら、その後はCOVID-19の影響で授業や実習に影響が生じ、教務多忙だったため研究を進めることができなかった。

**研究課題：妊孕性のある終末期の婦人科がん患者
の在宅療養への移行期における課題と
その支援**

共同研究組織：

研究代表者

石井 容子（看護学部基礎看護学 助教）

共同研究者

野沢 博子（自治医科大学附属病院4E病棟
看護師長 臨地講師）

岩永麻衣子（自治医科大学附属病院 患者サポー
トセンター 看護支援室 がん看護
専門看護師 臨地講師）

皆川 麗沙（自治医科大学附属病院 患者サポー
トセンター 看護支援室 がん看護
専門看護師 臨地講師）

本田 芳香（看護学部基礎看護学 教授）

湯山 美杉（看護学部基礎看護学 講師）

行期の支援として、看護師が入院早期から患者・
家族の生活背景や家族関係も考慮した退院支援を
進める必要性が示唆された。

当該年度の研究活動と成果実績概要

【目的】

妊孕性のある終末期の婦人科がん患者の在宅療
養への移行期における課題とその支援を明らかに
する。

【方法】

婦人科病棟に5年以上勤務し、妊孕性のある終
末期のがん患者の在宅療養支援の経験のある看護
師6名を対象に、該当患者の在宅療養の移行期に
患者が抱えていた問題について、半構造化インタ
ビューを実施した。インタビューの逐語録を質的
内容分析の手法をもとに分析を行った。倫理的配
慮として、自治医科大学の臨床研究等の倫理委
員会の承認を得て本研究を実施した（臨大19-082
号）。

【結果】

患者が抱える課題として、〔病状悪化から退院の
機会を逃す状況〕〔自宅退院に向けた症状コント
ロールの難しさ〕〔予後の未告知から生じる病状
の認識と現状との乖離〕〔自分の病気について子
どもに伝えていない状況〕等11カテゴリーが抽出
された。家族が抱える課題として、〔家族が患者の
病状を受け入れられていない状況〕〔就労する家
族の介護と仕事の両立の難しさ〕等4カテゴリー
が抽出された。

【考察】

妊孕性のある終末期の婦人科がん患者の在宅移

**研究課題：へき地診療所における看護活動の実態
と課題に関する調査**

共同研究組織：

研究代表者

青木さぎ里（地域看護学 講師）

共同研究者

春山 早苗（地域看護学教授）

塚本 友栄（地域看護学 教授）

島田 裕子（地域看護学 講師）

江角 伸吾（地域看護学 講師）

横山 絢香（地域看護学 助教）

山田 明美（六合温泉医療センター 看護介護
副部長）

高瀬 佳子（社会医療法人哲西会哲西町診療所
看護主任）

当該年度の研究活動と成果実績概要

本研究の目的は、へき地診療所における看護体制や看護活動の現状と変化、へき地診療所が所在する地域の介護保険サービス整備状況を明らかにすることである。本年度は分析及び報告書（冊子）の作成及び日本公衆衛生看護学会学術集会での発表を行った。

診療所のある地域特性は、山村部58.3%，島嶼部24.5%，豪雪地帯17.2%であった。無床診療所が87.5%であった。

訪問看護の状況は、実施診療所は25.4%で、基盤となる保険制度は医療保険が40.2%，介護保険が11.5%，医療保険と介護保険が46.6%であった。前年度の利用患者実数は3人以下が44.9%を占めた（平均12.7人）。実施診療所の常勤看護師は平均 3.8 ± 3.5 人で、未実施診療所より人数が有意に多かった（ $p < 0.01$ ）。

在宅での看取り状況は、40.8%の診療所が前年度に1件以上看取りをしており、看取り件数は平均 3.2 ± 3.3 件であった。看取りをしている診療所の常勤看護師は 3.2 ± 3.1 人で、未実施の診療所より人数が有意に多かった（ $p < 0.01$ ）。

報告書（冊子）は、へき地診療所での看護活動に役立ててもらうことを目的として、調査対象であった全へき地診療所（781か所）に送付した。そのほか自治医科大学看護学部教員など希望者に配布した。

令和2年度地域ケア実践開発事業報告

令和2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

自治医科大学看護学部では平成30年度から、地域医療に従事する看護職への寄与を目的に地域ケア実践開発事業を実施している。

これは、本学大学院看護学研究科において、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、平成25年度から29年度まで取り組んできた日本型地域ケア実践開発研究事業を継承したものである。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・チームケアにおいてより一層機能し、さらには地域ケアのリーダーとなり得る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。平成30年度からは、地域医療に従事する看護職のニーズも考慮して、地域ケアスキル・トレーニングプログラムを見直しながら取り組んでいる。

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、先の日本型地域ケア実践開発研究事業で開発したトレーニングプログラムを継続して実施することは、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。本事業は、看護師が地域ケアのリーダーとして役割を発揮していくこと、ならびに、地域特性や社会資源の相違があっても研鑽し続けることができる機会を提供し地域ケアを担う人材の育成、ひいては看護師の定着の一助になることを目指すものである。

II. 実施方法

令和2年度の実施体制を表1に示す。

e-ラーニングによるベーシック・プログラム科目「高齢者看護（認知症）」は、コンテンツの大幅な見直しを行い、本年度より厚生労働省の認定を受け、認知症ケア加算2の施設基準に対応す

る研修として実施した。プログラムの他の4科目（高齢者看護（急性期）、高齢者看護（終末期）、退院支援・調整と多職種連携、看護研究）は、令和元年度に実施した地域ケアスキル・トレーニングプログラムの結果を踏まえ、細かな点を改善して実施した。各科目は、教育内容を週に1回ずつ全7回（高齢者看護（認知症）のみ全5回）、LMS（learning Management System）であるMoodle上で配信した。

フォローアップ・プログラムは、ベーシック・プログラムの修了者を対象とし、演習5科目（高齢者看護（急性期）、高齢者看護（終末期）、高齢者看護（認知症）、退院支援・調整と多職種連携、看護研究）をWeb上での集合研修等により実施した。また、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。

受講者の募集人員は、ベーシック・プログラムは各科目10名（高齢者看護（認知症）は20名）、フォローアップ・プログラムは各科目6名（高齢者看護（認知症）は制限なし）程度とした。リクルート方法は、リーフレットと参加申込書をへき地診療所830か所、へき地医療拠点病院320か所、栃木県の医療機関50か所、北関東圏内の訪問看護ステーション200か所の計1400施設へ郵送し、6月5日～7月3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・プログラムでは実数117名（延べ149科目）と前年度より実数63名増（延べ66科目増）、フォローアップ・プログラムは実数18名と前年度より9名増であった。選定者数はベーシック・プログラム実数95名（延べ108科目）、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、4-2に示す。ベーシック・プログラムは、北海道から沖縄まで27都道府県に所在する、へき地診療所27か所、へき地医療拠点病院15か所、その他の診療所1か所、その他の病院7か所、訪問看護ステーション9か所、有料老人ホーム2か所、計61施設に所属する看護師が受講した。また、フォローアップ・プログラムは、10県に所在する、へき地診療所6か所、へき地医療拠点病院4か所、その他の病院2か所、訪問看護ステーション4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77%で最も多く、次いで主任15%であった。受講者の平均年齢は42.6歳であり、40歳以上50歳未満が55%で最も多かった。看護師以外の保有資格は、保健師7名、助産師2名、ケアマネジャー13名のほか、認定看護師2名、特定行為研修修了者1名、糖尿病療養指導士4名、透析技術認定士2名、社会福祉士1名、福祉住環境コーディネーター1名、内視鏡技師1名であった。実務経験は、15年以上20年未満で26%と最も多く、次いで10年以上15年未満が23%、併せて全体の49%を占めている。

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25名中19名（76.0%）、終末期20名中19名（95.0%）、認知症39名中38名（97.4%）、退院支援・調整と多職種連携15名中12名（80.0%）、看護研究9名中4名（44.4%）で、全体では延べ108名中92名（85.2%）であった。修了者の実数87名の受講者のうち、14名は前年度からの継続受講者であり、昨年より4名増加しており、数年に渡って継続して複数の科目を受講する者が増えている。フォローアップ・プログラムの受講者は、昨年度の6名から18名と増加している。この理由として、今年度は新型コロナウイルス感染症禍の影響によりWeb上での開催としたため、遠方の看護師も受講しやすかったこと、プログラム科目「高齢者看護（認知症）」を認知症ケア加算2の施設基準に対応する研修に変更したことなどが考えられる。

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7-1～7-5に示す。

IV. おわりに

文部科学省の補助金による事業を本学看護学部地域ケア実践開発事業へ継承し、実施して3年目となるが、ベーシック・プログラムの5科目中4科目は募集定員を大幅に超える応募があり、地域医療に従事する看護職の本事業に対する継続したニーズがあると考えられる。フォローアップ・プログラムについては、Web上での開催など、受講しやすさの向上のための教育方法や、モチベーションの維持・向上のための地域医療に従事する看護職のニーズに合わせた教育内容を引き続き検討していく必要がある。

令和2年度地域ケア実践開発事業報告

表1 令和2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 令和2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 ■次年度に向けたプログラムの見直し等の信仰管理、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 青木さぎ里 講 師 江角伸吾 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 講 師 島田裕子 助 教 小西克恵 助 教 谷島晴香
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 教 授 上野まり 講 師 望月明見 助 教 谷田部典子 助 教 佐々木彩加 助 教 小此木百合香	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 准教授 福田順子 講 師 湯山美杉 助 教 甲賀優貴 助 教 井上育子 助 教 上野知奈
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 助 教 石井容子 助 教 飯島早絵	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 講 師 八木街子 助 教 鈴木美津枝 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 自治医科大学看護部 令和2年度 地域ケア実践開発事業
ー地域ケアスキル・トレーニングプログラムー担当者

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 (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ための科目です。	e ラーニング	7 回	○教授 横山 由美 准教授 浜端 賢次 助教 小西 克恵 助教 渡邊 賢治
	高齢者看護 (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、幅広く学習します。	e ラーニング	7 回	○教授 上野 まり 講師 青木 さざり 助教 井上 育子 助教 小此木 百合 助教 横山 絢香
	高齢者看護 (認知症)	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、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います。	e ラーニング	5 回	○教授 半澤 節子 教授 成田 伸 准教授 佐藤 幹代 助教 望月 明見 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を習得することを目標とした科目です。「退院支援の流れ」「欠かすことのできない要素」等、基本的な知識の修得から始めたい方に適しています。受講生間のやり取りもでき、他施設での取り組みからも学べます。	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 湯山 美杉 助教 上野 知奈
	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です。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ます。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ます。	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 鹿野 浩子
フォローアップ・プログラム	高齢者看護演習 (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ションによる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です。	web 演習	3～4 時間	○教授 横山 由美 教授 浜端 賢次 助教 小西 克恵 助教 渡邊 賢治
	高齢者看護演習 (終末期)	ベーシック・プログラムの学習内容を踏まえ、ACP 普及活動の疑似体験や自身の看護活動を振り返り、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ます	web 演習	3～4 時間	教授 上野 まり ○講師 青木 さざり 助教 井上 育子 助教 小此木 百合 助教 横山 絢香
	高齢者看護演習 (認知症)	入院中もしくは在宅の認知症患者及び家族の事例についてアセスメントし、適切な環境調整、患者とのコミュニケーションの方法(役割、成功体験、達成感を得られる)、薬剤調整などを含む看護計画を立案し、参加者によるディスカッションを行います。	web 演習	3～4 時間	教授 半澤 節子 教授 成田 伸 ○准教授 佐藤 幹代 講師 望月 明見 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、家族を中心に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ます。	web 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 講師 湯山 美杉
	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メールにより支援します。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します。	Zoom または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 鹿野 浩子

表3 令和2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 (急性期)	高齢者看護 (終末期)	高齢者看護 (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	応募者数	21	14	12	5	3
	選定数	17	9	12	2	3
へき地医療拠点 病院	応募者数	10	5	10	11	3
	選定数	3	3	10	7	3
その他の診療所	応募者数	0	0	2	0	0
	選定数	0	0	2	0	0
その他の病院	応募者数	1	2	8	8	1
	選定数	0	1	8	5	1
訪問看護ステー ション	応募者数	6	12	7	3	2
	選定数	3	6	7	1	2
有料老人ホーム	応募者数	2	1	0	0	0
	選定数	2	1	0	0	0
合計	応募者数	40	34	39	27	9
	選定数	25	20	39	15	9

フォローアップ・プログラム

施設種別		高齢者看護 演習 (急性期)	高齢者看護 演習 (終末期)	高齢者看護 演習 (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	4	2	3	1	0
	選定数	4	2	2	0	0
へき地医療拠点 病院	応募者数	0	0	1	2	2
	選定数	0	0	1	2	2
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	1	1	0
	選定数	0	0	1	1	0
訪問看護ステー ション	応募者数	0	1	2	1	0
	選定数	0	1	2	1	0
合計	応募者数	4	3	7	5	2
	選定数	4	3	6	4	2

1名受講キャンセル 1名受講キャンセル

表4-1 令和2年度 所属科目別の受講人数

ベーシック・プログラム

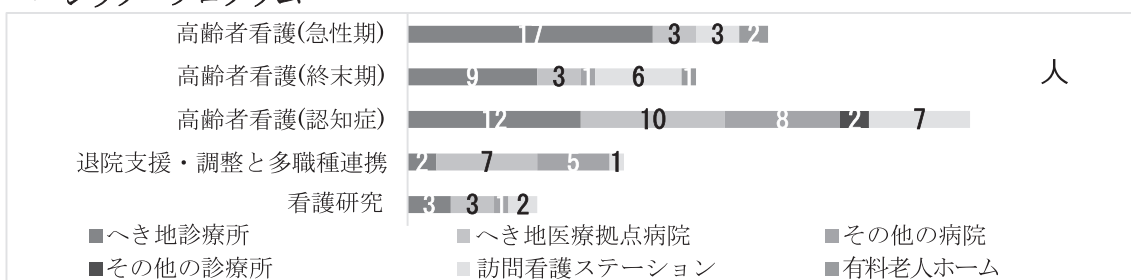
	所属名	所在地	人数	高齢者看護 (急性期)	高齢者看護 (終末期)	高齢者看護 (認知症)	退院支援・ 調整と 多職種連携	看護研究
へき地診療所	a	北海道	1	1	1	1		
	b	青森県	1	1				
	c	山形県	1	1				
	d	福島県	1			1		
	e		1	1				
	f	栃木県	1				1	
	g	東京都	1	1				
	h		2				1	1
	i		1	1				
	j		1			1		
	k	長野県	1	1				
	l		2	1	1			1
	m	岐阜県	2	1		2		
	n		2		2			
	o	三重県	1	1				
	p	兵庫県	2	1		1		
	q		2		1	1		
	r		2	2				
	s	和歌山県	2	1	1			
	t	島根県	1	1				
	u	広島県	1	1				
	v	山口県	1		1			
	w	徳島県	1			1		
	z	熊本県	1		1	1		
	A	鹿児島県	1	1		1		
	B	沖縄県	1			1		1
	C		1		1	1		
小計	27 施設	18 都道府県	35	17	9	12	2	3
へき地医療拠点病院	D	茨城県	2			2		
	E	栃木県	4		1	1	1	1
	F		1				1	
	G	群馬県	3	1	1	1		
	H		1				1	
	I	新潟県	2	1		2		
	J		1			1		
	K	富山県	1				1	
	L	京都府	1					1
	M	兵庫県	1				1	
	N		3	1	1			1
	O	広島県	2			1	1	
	P	香川県	1				1	
	Q	高知県	1			1		
小計	15 施設	11 府県	25	3	3	10	7	3
その の 診療 所 他	S	岩手県	2			2		
小計	1 施設	1 県	2	0	0	2	0	0
その他病院	T	栃木県	2			2		
	U		2				2	
	V		2			2		
	W		3			2	1	
	X		1			1		
	Y	岐阜県	4		1	1	1	1
	Z	山口県	1				1	
小計	7 施設	3 県	15	0	1	8	5	1
訪問看護ステーション	ア	茨城県	4	1	1	1	1	
	イ		1		1	1		1
	ウ		3	1	1	1		
	エ		1	1		1		
	オ	栃木県	2		1	1		
	カ		1			1		
	キ		1			1		
	ク	群馬県	1		1			
	ケ		1		1			1
小計	9 施設	3 県	15	3	6	7	1	2
ム ホ ー ル 有 料	コ	栃木県	2	1	1			
	サ	群馬県	1	1				
小計	2 施設	2 県	3	2	1	0	0	0
合計	61 施設	27 都道府県	95	25	20	39	15	9

表4-2 令和2年度 所属科目別の受講人数

フォローアップ・プログラム

施設種別	所属名	所在地	人数	高齢者看護 演習 (急性期)	高齢者看護 演習 (終末期)	高齢者看護 演習 (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	f	栃木県	1		1			
	m	岐阜県	1	1		1		
	p	兵庫県	2	1		1		
	u	広島県	1	1				
	v	山口県	1		1			
	A	鹿児島県	1	1				
小計	6施設	6県	7	4	2	2		
へき地医療拠点 病院	E	栃木県	2				1	1
	N	兵庫県	1					1
	P	香川県	1				1	
	Q	高知県	1			1		
小計	4施設	4県	5			1	2	2
訪問看護ステーション	ア	茨城県	1			1		
	ウ		1				1	
	カ	栃木県	1			1		
	ク	群馬県	1		1			
小計	4施設	3県	4		1	2	1	
病院 その他	V	栃木県	1			1		
	Z	山口県	1				1	
小計	2施設	2県	2			1	1	
合計	16施設	10県	18	4	3	6	4	2

ベーシック・プログラム



フォローアップ・プログラム

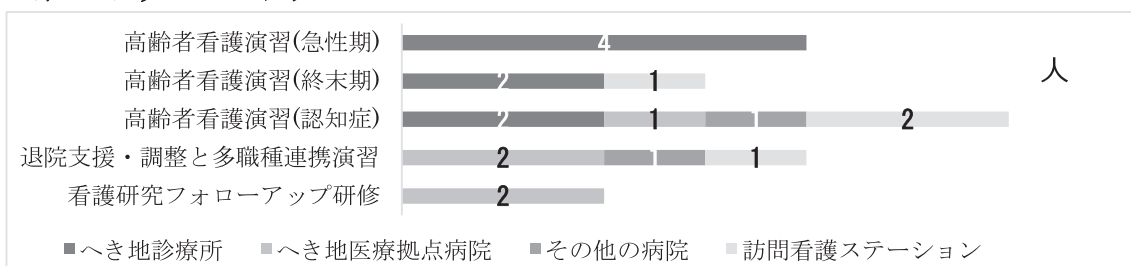


図1 令和2年度 各科目受講者所属施設分類

表5-1 職位別人数について

職位別	人数
師長	3
副師長	1
所長	1
係長	1
師長代理	1
看護部長	1
主任	14
スタッフ	73
計	95

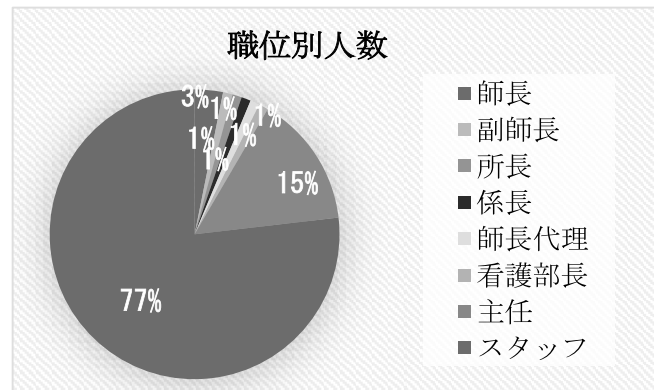


表5-2 年齢区分について

年齢区分別	人数
25歳以上—30歳未満	6
30歳以上—35歳未満	6
35歳以上—40歳未満	16
40歳以上—45歳未満	25
45歳以上—50歳未満	27
50歳以上—55歳未満	12
55歳以上	3
計	95

受講者の平均年齢は42.6歳であった。

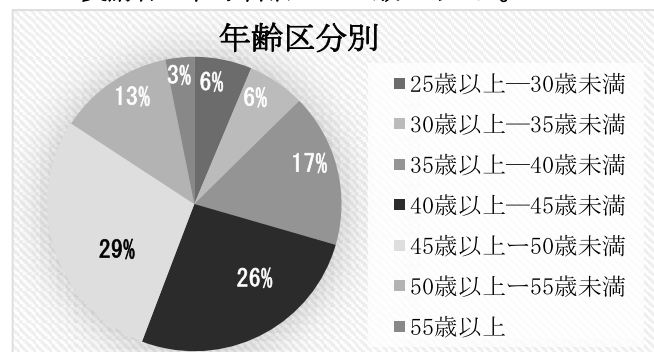


表5-3 看護師以外の保有資格について

看護師以外の保有資格	人数
保健師	7
助産師	2
介護支援専門員	13
糖尿病療養指導士	4
特定行為研修修了	1
認定看護師	2
透析技術認定士	2
社会福祉士	1
福祉住環境コーディネーター	1
内視鏡技師	1

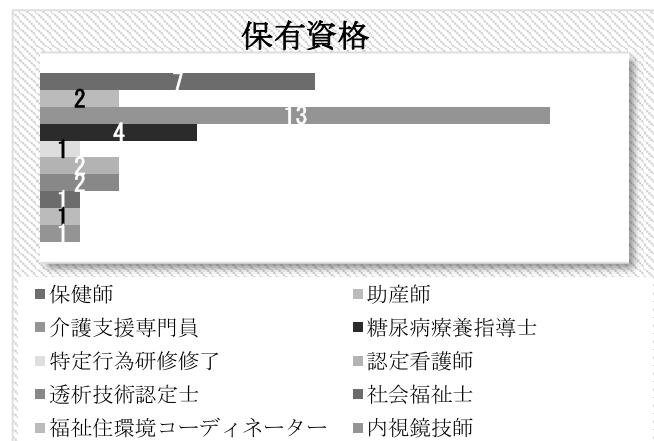
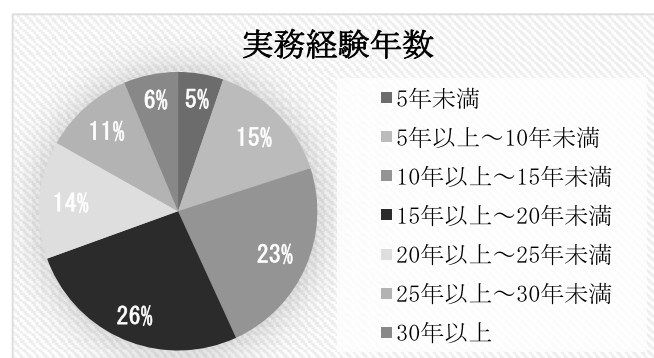
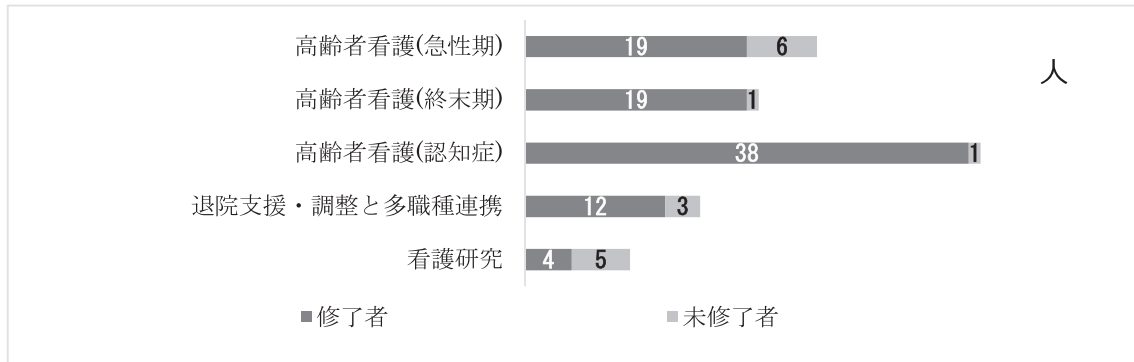


表5-4 実務経験年数

実務経験年数	人数
5年未満	5
5年以上—10年未満	14
10年以上—15年未満	22
15年以上—20年未満	25
20年以上—25年未満	13
25年以上—30年未満	10
30年以上	6
計	95



ベーシック・プログラム



フォローアップ・プログラム

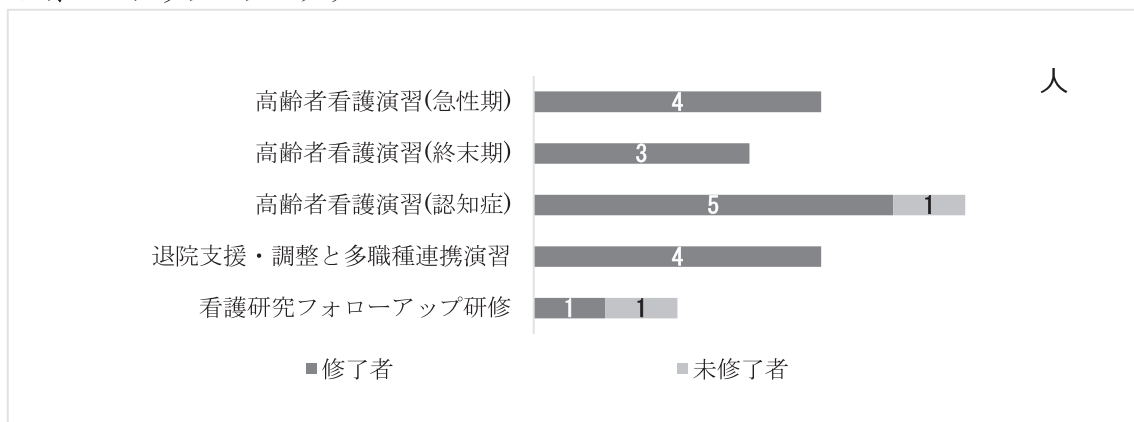


図2 各科目受講者数と修了者数

表6-1

科目名	高齢者看護（急性期）ベーシック・プログラム
担当者	教授 横山 由美、教授 浜端 賢次、助教 小西 克恵、助教 渡邊 賢治
教育内容	令和 2 年度は教育内容の全体的な見直しを行い、以下の①～⑩のスライドを作成し教育内容を充実させた。①老年症候群の全体像、②CGA7（高齢者総合的機能評価）、③薬物動態に影響する生理機能の変化、④高齢者に多い事故、⑤高齢者虐待の実態、⑥脱水と発熱・発熱と感染症に関する内容、⑦クイックソファスコア、⑧高齢者の疼痛（関節症）と痛みのポイント、⑨呼吸困難の特徴、⑩AIUEOTIPS。また、「急性期の高齢者看護においてよく見られる事例展開」のレポート課題とピア評価では、初期アセスメントと初期対応をふまえて家族看護までを包括した教育内容となるよう意識した。
教育方法	昨年度までの方法を継続し、教育方法は、全 6 回の e ラーニング講義とレポート課題にて実施した。学習課題は、「高齢者の急性期の特徴、事故、水分電解質異常、疼痛、呼吸不全、意識障害」に関する看護実践の課題に焦点を当てた。各回の終了時に小テストを行い、8 割以上の正解で合格とすることで次回へ進めるよう工夫した。さらに今年度は、全て 4 肢択一の小テストに変更し、学習内容が深まるように工夫した。加えて、昨年度より引き続き最終回にはピア評価をプログラムに組み込み、ピア評価を受けた受講者同士の刺激や相互学習となるように工夫を図った。
学習支援方法	オリエンテーションや初回開講時および折り返しに入る時期等には受講の進め方や担当者による応援メッセージとオリジナルの進捗確認表を配信した。昨年度より課題レポート評価の視点をまとめたピア評価票を活用したピア評価を導入したが、今年度も同様に進め、受講者同士が相互評価のプロセスで学習目的や目標を確認し、到達できるよう配慮した。提出された課題レポートは Moodle 上にアップし、全受講者に閲覧できるようにした。
学習到達度	受講者 25 名中、修了者は 19 名（76 %）であった。修了できなかった 6 名の受講者については、小テストが終わらずレポートまで到達することが出来なかった。 修了した 19 名の目標別到達度を概観すると、次の通りであった。目標 1 は、19 名中 15 名が小テストを全て満点で終了した。残りの 4 名のうち 1 名を除く 3 名は、満点ではない小テストが 2 回以内であった。目標 2 は、19 名中 16 名が他者と協働を促進する実践内容を十分抽出できていた。目標 3 は、初期アセスメントと初期対応、ならびに今後の課題であった。19 名中 17 名の初期アセスメント内容は正確であり、適切な初期対応を抽出することができた。今後の課題についても高齢者への急性期看護の現状から気づきや課題を具体的に表現することができていた。これらから、19 名の受講者全員が、評価基準の A 評価に達することができていた。
受講者の反応	授業後アンケートでは、概ね 8 割以上は肯定的な評価であった。さらに自由記述には、「とても楽しい講義でした。最後のレビューシートでの評価も刺激になりました。レビューシートで関わることができた方と、講義終了後も連絡をとれる環境があればいいなと思いました。」「自分だけが看護に対して、よい解決策はなかったのかと、考え悩んでいたことが少し他看護師の経験を知ること、自分だけが悩んでいたわけではなかったと知ることができ、今後の患者さんのあらゆる救急の状態や生活背景、状態観察や情報収集に活かしていきたいと思いました。このような、へき地だからこそその問題点がある中で、勤務している私にとって、他看護師の看護の状況を知ることができた事に感謝致します。」という声が聞かれた。
今後の課題	今回は小テストを全て見直したため、Moodle 上にアップする際、混乱が生じたことがあった。そのため、e ラーニングのスライド内容と小テストとの整合性も含め、見直しを図る課題が次年度に残された。

表6-2

科目名	高齢者看護（終末期）ベーシック・プログラム
担当者	教授 上野 まり、講師 青木 さざり、助教 横山 絢香 助教 小此木 百合香、助教 井上 育子
教育内容	本科目の目的は「在宅（生活の場）で療養する高齢者への終末期ケアの展開方法を学ぶ」とし、①在宅における高齢者の終末期ケアの特徴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⑥終末期における医療職の役割と実際⑦終末期における高齢者と家族への支援の実際の全7回で構成した。ガイドラインなどは最新の情報に更新し、ACPに関する情報も加えた。また、在宅医療に携わる医師の講義に加え、認知症高齢者の看取りを実施しているグループホーム施設長である看護職の講義を追加した。
教育方法	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。これまで映像のみで音声がない回もあったが、全7回に音声を入れ映像に説明を加えた。第5回で自己紹介と自己の終末期ケアの事例をレポートし受講者間で共有し、第7回では終末期ケアに関する事例に対する課題を提示し、受講者からの解答を相互に閲覧しコメントする方法を継続した。テキストは、前年度と同様、宮崎和加子他著「在宅・施設での看取りのケア」（日本看護協会出版会）及び、宮下光令・林あゆみ編「看取りケア プラクティス×エビデンスー今日から活かせる 72のエッセンス」（南江堂）を使用した。
学習支援方法	web 上のフォーラムに受講者から自由に質問が寄せられるように準備しアナウンスをした。事務的な質問が寄せられ対応した。今年度は受講者が20名と多く web 上での相互のディスカッション量が多かったために、閲覧や送信をし合う中で、より学びを深めることができたのではと考える。進捗が遅れ気味の受講者に対しては、科目担当者と業務補助者が対応しフォローしたが、残念ながら1名は締め切りに間に合わず未修了となった。
学習到達度	今年度の受講者は20名であった。 ルーブリックによる評価では、職種との連携について医師以外の様々な職種への広がりが薄かったり、家族への声掛けが一つと感じられたりするものもあったが、修了者全員が各項目につき概ね A または B 評価という結果となった。レポート提出後に受講者相互の閲覧およびコメントに参加していない者1名を除き19名が修了となった。
受講者の反応	修了者19名全員からアンケートの回答があった。ARCS モデルに基づく評価では、「Attention」で1名のみが否定的で18名は肯定的な評価であった。「Relevance」においては、1名が“あまり経過が楽しくなかった”と回答し、18名は楽しかったと回答した。「Confidence」では、1～2名が“学習が滞った”“学習の工夫ができなかった”と回答し、他は肯定的な評価であった。「Satisfaction」では“すぐに使えそうにない”“成果をほとんど認めてもらえなかった”との評価が1名ずつあったが、他18名は肯定的であった。自由記載では、相互交流による意見がもらえたことが貴重で勉強になり、充実した内容であったという意見が数名から聞かれた。また、「講義内容がすぐに活用できる」「今後の看護に活かしたい」など前向きな意見も複数あり、「負担なく学習できるのでこの研修を他者に広めたい」との声もあった。医師やグループホームでの看取りが特に興味深かったとの意見も聞かれた。
今後の課題	前年度同様、「学習が滞った」「成果をほとんど認めてもらえなかった」と評価する受講者が1,2名存在していたが、演習への参加とつながれば受講者と科目担当者が顔を見ながらコミュニケーションが取れ、意欲が増し、より満足度が上がったのではないかと考える。

表6-3

科目名	高齢者看護（認知症）ベーシック・プログラム
担当者	教授 半澤節子、教授 成田伸、准教授 佐藤幹代、講師 望月明見、 助教 富川明子
教育内容	認知症ケア加算 2 に対応する教育内容をふまえ、第 1 回：認知症の原因疾患と病態・治療、行動・心理症状、第 2 回：認知症者に対する看護技術①身体的・心理的・社会的要因のアセスメントとコミュニケーション、療養環境の調整、第 3 回：認知症者に対する看護技術②せん妄と二次障害の予防、家族への関わり、第 4 回：認知症者に対する看護に必要なアセスメントと援助技術（ケアプラン作成と対応困難事例に関する演習を含む）、第 5 回：認知症に特有な倫理的課題と意思決定支援の 5 つとした。
教育方法	教育方法は e ラーニングとした。受講者は各回のパワーポイントの講義資料を Web 上で参照し、指定した教科書で学習した。補助教材は、それぞれの講義を担当した教員が作成した資料（映像コンテンツ）であった。その後、e ラーニング上で小テストを行い、知識の習得状況を確認した。
学習支援方法	講義期間中、適宜受講者からの質問を受け付けた。小テストの未実施・レポートの未提出を防ぐため、提出日の周知を徹底した。小テスト未実施・レポート未提出の者には、個別メールでの確認も行った。
学習到達度	ループ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に準じて受講者 39 名の評価を行った。合格者は 38 名であった。項目別評価は、第 1 回は A 評価 32 名、B 評価 7 名、第 2 回は A 評価 39 名、第 3 回は A 評価 37 名、C 評価 2 名、第 4 回は A 評価 39 名、第 5 回は A 評価 39 名、レポート課題は A 評価 18 名、B 評価 14 名、C 評価 6 名であった。
受講者の反応	授業後アンケートには 38 名中 36 名が回答し、16 項目いずれも望ましい評価が得られた。自由記載では、「有益な講義を無料で、自宅で、ネット上で、自分の時間で受けることができたことに感謝している」「疾患や BPSD・せん妄などへの理解が深まった」「看護ケアの方法や工夫については具体的で、認知症に限らずすぐ実践にいかせる内容だった」「意思決定支援、家族へのケアに取り組んでいきたい」「病棟や委員会で共有したい」という意見があった。一方で、「病棟以外の現場で働く看護職に向けた内容にしてほしい」「困難事例と対処方法も知りたい」「他の参加者との意見交換も行いたい」という意見がみられた。
今後の課題	地域における認知症の方への関わりやより高度な実践内容についての学びを望む意見がみられた。病棟以外の看護職が経験する困難事例についてフォローアッププログラム（演習）で積極的に取り上げ、受講者相互が意見交換できる機会につなげたい。

表6-4

科目名	高齢者看護4（退院支援・調整と多職種連携）ベーシック・プログラム
担当者	教授 塚本友栄、准教授 角川志穂、講師 島田裕子、講師 湯山美杉、 助教 上野知奈
教育内容	コンテンツの追加・変更はない
教育方法	eラーニングであること、ワークや課題の設定は前年度同様であり変更はない
学習支援方法	2019年度工夫点の継続 ・受講者間交流の促し ・提出されたワークや課題へのタイムリーなフィードバック ・実践への活用を意識した学習の促し（強調点をループリックに明記） 2020年度新たに工夫した点 操作面でストレスなく取り組めるよう、画面上の案内を分かりやすく示した。
学習到達度	15名中12名が修了（修了率80%）、総合評価は全員A。
受講者の反応	<ARCSの評点から> やって良かったという満足感が高く、有益でやりがいがあったことが示された。一方で、内容はやや変化に乏しく、学習を滞りなく進めたり、退院支援への自信を形成したりするのは難しいことが示された。なおこれらは、例年同様の傾向である。 <自由記述から>①講義内容： 「退院支援をあまり理解していなかったので充実していた」とする意見や、「病棟で行なっている流れの再確認になった」とする意見もあり、知識としての新しさという点では評価に幅があった。② 受講者間交流： 悩みに共感したり、励まされたり、他施設での支援方法を知ったりと、レポートの相互閲覧・コメントを通して得た交流を肯定的に評価していた。事例について皆で考える、Zoomを使った学習会を望む声もあり、リアルタイムで話し合うプログラムの必要性が示唆された。③ フィードバック： 「しんどい時も科目担当者からのコメントで励まされた」等の記載があり、フィードバックは学習の継続を支えていた。 <課題レポートの記載内容から>④実践に役立つ学び： 「カンファレンスが報告会になっている。それぞれの職種が抱えている問題について意見交換ができるようにしたい」等、受講を通して新たな目標・課題をみいだしたり、今実施していることの意義・必要性を確認したりできており、よりよい実践につながる学びを得ていた。
今後の課題	・オンラインで受講者同士が話し合えるようなプログラムの検討 ・昨今の退院支援・調整をめぐる変化や、受講者ニーズに対応した知識を盛り込む等、コンテンツの見直し

表6-5

科目名	看護研究 ベーシック・プログラム																																	
担当者	教授 春山 早苗 准教授 川上 勝	教授 小原 泉 講師 鹿野 浩子	教授 塚本 友栄	教授 半澤 節子																														
教育内容	本科目の開講は 5 年目かつ 5 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。																																	
教育方法	令和 2 年 8 月 10 日～令和 2 年 9 月 21 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。 評価は、第 1 回の事後テスト、第 2 回の課題、第 3 回の課題レポート、第 7 回の課題レポートにより行い、第 7 回の課題はルーブリックを示し、評価した。																																	
学習支援方法	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 20 日後を第 1 回目提出〆切日とし、1 週間以内にルーブリックによるフィードバックを行い、希望した 3 名には Zoom による詳細なフィードバックを行った。第 1 回目の提出〆切日から 10 日後を第 2 回目の〆切日に設定し、2 名が期日内に、2 名が期日過ぎに提出した。第 2 回目のフィードバックは提出後 10 日以内に行った。Zoom を活用することにより、受講者の疑問や困りごとに沿って細かにフィードバックができた。																																	
学習到達度	受講者は 9 名であり、うち 4 名が修了した。（2019 年度：受講者 6 名、修了者 4 名） <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価基準</th><th>A (優)</th><th>B (良)</th><th>C (可)</th><th>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>1</td><td>3</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>4</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>1-3 倫理的配慮の理解</td><td>3</td><td>1</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>4</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>2 研究計画の立案</td><td>4</td><td></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	1	3			1-2 研究の問いを立てることができる	4				1-3 倫理的配慮の理解	3	1			1-4 文献検討に基づく研究の問いに役立つ内容の整理	4				2 研究計画の立案	4			
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	1	3																																
1-2 研究の問いを立てることができる	4																																	
1-3 倫理的配慮の理解	3	1																																
1-4 文献検討に基づく研究の問いに役立つ内容の整理	4																																	
2 研究計画の立案	4																																	
受講者の反応	受講者は 9 名（へき地医療拠点病院 3 名、へき地診療所 3 名、訪問看護ステーション 2 名、その他 1 名）であり、修了者は 4 名（へき地医療拠点病院 3 名、その他 1 名）であった。 受講後アンケートでは（6 名、66.7%）、半数を超えて「まあまあ」以上の評価であったのは、『注意』の 3 項目、『関連性』の 4 項目、『自信』の 2 項目、『満足度』の 2 項目であった。「眠くならなかった」「自信がついた」「学習を滞りなく進められた」「すぐに使えそう」「成果を認めてもらった」の項目は半数が後ろ向きの評価であった。 自由記述では、「看護研究の文献を読んでも何が書かれているのかわからなく、面白くなかったが、文献の内容が少しわかるようになった、レポートの書き方を学ぶことができた、研究方法など学習する必要があると思った」という意見があった。一方で、「課題やレポートの書き方がわかりにくく困った(2)」「課題を提出できず修了できなかったが、資料を元に時間を作り自分のペースで行っていききたい」等の意見があった。																																	
今後の課題	課題について難しいと感じ、それが受講中断の原因になっている。第 7 回の課題レポートについては、課題内容を見直し内容を軽くする、具体的な例示を示す、提出までの間に Zoom を使って疑問や困りごとに対応する機会を設ける、などのことを検討していく。																																	

表7-1

科目名	高齢者看護演習（急性期）フォローアップ・プログラム
担当者	教授 横山 由美、 教授 浜端 賢次、 助教 小西 克恵、 助教 渡邊 賢治
教育内容	ICTを活用した事例展開と討議を行った。事例は、70代後半女性で夫婦二人暮らし、子どもは県外にいる。既往歴は高血圧と脳梗塞（右麻痺軽度）、要介護2で通所リハビリテーションを週2回利用という設定とした。「基本状況、既往歴、嗜好、認知機能とADL、内服薬、看護師の到着時の対象の状態など」のほか、家族の会話内容についても情報とした。A氏に意識障害が出現し、救急車にて病院に搬送され、退院時にケアマネジャーと訪問看護師が来院し、「家族も含めた看護の在り方」が考えられるようにした。ベーシックプログラムで学んだ初期アセスメントと初期対応をふまえて、家族看護までを包括した教育内容となるよう意識した。
教育方法	ベーシックプログラムの学習を活用しやすくなるよう、フォローアップ研修は、11月に企画した。COVID-19への感染対策として、本年度はICTを活用し遠隔での事例展開と討議を行った。 研修で使用する事例については、その一部を事前に受講者に提示し、初期アセスメントや初期対応、そして医師への報告などについて課題提出を求めた。演習当日は、最初に自己紹介と研修参加動機などを話し、全国の異なる場所で働く看護職がスムーズに会話できることを意識した。最初の段階で事例を再度確認し、受講者の提出内容をPDFで共有した。初期アセスメントでは、ベーシックプログラムの学習内容（AIUEOTIPSなど）を活用した受講者もいたため、全員でベーシックプログラムも振り返りながら共有するように工夫した。また、これまでの受講内容（薬理学等）も想起しながら課題に取り組めたかについても確認した。研修では、事前の事例提示に加え、当日に追加情報やディスカッション資料を用いて受講者同士での討議などを繰り返し、初期アセスメントや初期対応、家族への支援が検討できるよう工夫を図った。
学習支援方法	フォローアップ研修では、当日のスケジュール等を最初に提示し、1日の流れが分かるようにした。さらに、事前課題内容について受講者同士の討議の機会や担当者からのフィードバックを通して、それぞれの環境を踏まえた工夫方法が考えられるように支援した。特に、初期アセスメントや初期対応、そして医師への報告ならびに家族への支援については新たな情報を提示し、その都度、受講者同士や教員との対話を増やすよう調整した。
学習到達度	受講者4名中、修了した者は4名（100%）であった。修了した4名の目標別到達度を概観すると、次の通りであった。スキルトレーニング1（初期アセスメントと初期対応）、スキルトレーニング2（家族への看護）、スキルトレーニング3（急変時における看護を多様な視点から捉える）の全ての評価基準に対して、概ねB評価以上に達することができていた。
受講者の反応	本年度の受講者は山間部や離島で活動する者が参加し、初期対応として搬送の判断（現場で往診医の到着を待つか、救急車で搬送するか、ドクターヘリを要請するか）を含めた事例や、搬送を必要とする重症例の事例展開を期待する声もあった。授業後アンケートは、概ね肯定的な評価であった。自由記述では、「演習とても楽しかったです。ありがとうございます。色々なご意見が聞けてとても勉強になりました。」「今年よりへき地診療所に勤務になりこのような学習に出会い参加しました。急性期看護の分野でしたが資料も充実していて1週間ずつ勉強でき、その資料を日々の仕事で使うことができ実践で活用できています。事例での学習も自分の実体験を使うことができ、皆さんと評価しあえ、皆さんの日々の事例を読んで勉強させてもらいました。日々の仕事で迷い考えていることは自分だけではないんだと励ましてもらった気がします。」との声が聞かれた。受講者同士の相互学習となったと考える。
今後の課題	今回のフォローアップ研修はICTを用いた展開であったため、離島などの通信環境が安定しないという課題に直面した。会話が難しい場合はチャット機能を活用したが、研修そのものに参加できず事務局との電話のやり取りで研修を進めることも必要となった。事前に通信環境などは確認しているが、次年度も遠隔を活用するのであれば企画当日前に技術的なオリエンテーションの機会が必要であることが検討され、この点の見直しを図る課題が残された。また、受講者の特性を踏まえて事例内容を考慮していく必要があると考えた。

表7-2

科目名	高齢者看護演習（終末期）フォローアップ・プログラム
担当者	六合温泉医療センター看護介護副部長 山田明美氏 教授 上野まり 講師 青木さぎ里 助教 井上育子 助教 小此木百合香 助教 横山絢香
教育内容	本科目は、在宅における高齢者の終末期看護（エンド・オブ・ライフケア）に関する主要な看護実践能力を養うことを目的とした。教育内容は、 1.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 2.地域における ACP 普及活動の疑似体験 3.参加者によるディスカッション であった。 講義・演習・ディスカッションの流れの中で、在宅で最期を迎える高齢者やその家族の立場と、その人々を看護する立場と両方の立場で感じたり考えたりできるように工夫した。コロナ禍によりオンラインでの演習となり、例年とは一部方法は異なったが、例年通り到達目標は達成した。
教育方法	受講者は今年度の高齢者看護 2（終末期）の修了者 2 名に、昨年の修了者 1 名が加わり合計 3 名となった。地域における ACP 普及活動の実際を約 60 分間の講義形式で、山田氏からご紹介いただいた。その後、遠隔によるカードゲームを用いた ACP 普及活動の疑似体験を行った。最後に、それぞれの終末期看護に関する看護実践の中で捉えている現状と課題について、意見交換を行った。
学習支援方法	オンライン形式での実施ではあったが、カードゲームは教室の黒板にそれぞれのメンバーのもちれを張り出し、共有画面に映し出して臨場感を持てるように工夫した。対面に比べると時間を要したが、このカードゲームにより、参加者が自分自身の ACP について熟考しながらゲームが展開され、ACP の疑似体験ができた。最後に、各自が活動する地域においてもこのような ACP 普及に向けた取り組みができるよう、類似する市販品を紹介した。
学習到達度	ループリックによる評価を行った。対面でないので、講義の聴講態度やゲームへの参加状況など評価しにくい面もあったが、最後のディスカッションでは、3 名から活発な意見が出され、それぞれが学習目標に向けて真剣に取り組む姿勢が伝わり、全員が A 評価となった。
受講者の反応	遠隔講義及び演習の中で、受講者からの様々な問題提起に対して、講師を含め参加者相互で、各自の経験を踏まえた活発な意見交換がなされた。受講後のアンケートでは、3 名全員から全項目に肯定的な評価がなされた。また終了後、サポートプログラムに 3 名中 2 名が登録された。「退職しようと思っていたが踏みとどまって在宅医療の核とならなければと思いなおし、早速保健師に連絡した」「学習内容を実践に役立てて家族を支援しようと思う」等の感想が寄せられ、「実践に結び付くプログラムの提供」に感謝の言葉が聞かれた。

表7-3

科目名	高齢者看護演習（認知症） フォローアップ・プログラム
担当者	准教授 佐藤幹代 教授 半澤節子 教授 大塚公一郎 教授 成田伸 杉田綾子(自治医科大学 認知症看護認定看護師) 講師 望月明見 助教 富川明子
教育内容	本演習は、①認知症をもつ人とその家族の視点に立ち支援することを学ぶことや、②自ら経験した対応が難しい認知症の人・家族の事例に対して適した看護計画を立案できることを目標とした教育内容となっている。
教育方法	事例課題として、Web サイト教材（健康と病いの語り：認知症の語り（ http://www.dipex-j.org/ ））を閲覧し、本人とその家族それぞれの立場からの語りを視聴し、当事者の視点から支援ニーズを思考するなど討議の準備を促した。また、自らが経験した入院中もしくは在宅の認知症患者及び家族の対応困難事例について、事例提供と事例のアセスメントをそれぞれ整理して参加してもらった。演習は認知症を持つ人の家族の思いや生活の変化について、医師及び看護師の立場である担当教員からも適宜コメントを挟みながら、ディスカッションを通して学びが深まるように展開した。また、受講者が臨床の場で経験した事例に関しては看護問題の特定と看護の方向性についてディスカッションを行った。その際、担当教員から具体的な看護展開についてコメントし、より活用可能な具体策を導くよう勧めた。
学習支援方法	事前課題が提示された後、学習意欲の高まりを期待し支援メッセージを配信した。また、遠隔に用いるオンラインアプリケーションの使用方法など、事前に練習日を設けラポールの形成に努めた。また、最新の看護関連文献を紹介した。
学習到達度	教育内容で示した①はA評定であった。教育内容②の事後課題(看護計画)について、具体性に欠ける受講者もあり、完成度にばらつきがあった。
受講者の反応	受講者6名の所属は、病院2名、へき地診療所2名、訪問看護ステーション2名であった。「病気であっても人生を豊かに過ごしたい、また自分では伝えられないもどかしさがあることを確認した。本人の真の意向を確認するには、掘り下げて本人の苦痛であることをしっかりと聴くこと」が再確認された。さらに、薬物療法の確認など担当教員から情報を得ていた。いずれも活発な意見交換がなされていた。討議終了後には、「同じような悩みを持つ人が多いことが理解できた」、「現場での活動に対するモチベーションを上げることができた」ほか、討議を通じて実践を振り返る機会を得ていた。また「アセスメントする視点、患者さん個々に合わせたケアの方法など、臨床で活かせる知識・技術をたくさん学べた。何より、今、自分の働きかけにより、患者さんの笑顔が増えてきたことに喜びを感じます。」など、学びを実践に展開させていたという意見もあった。しかし、「ネットで参加できるのは色々な地域から参加できることが利点だが、ネット環境が整うとさらに良い」、といった意見があった。
今後の課題	「認知症ケア加算2」に対応したプログラムとして、看護計画の充実をはかる必要がある。それには、継続的にフォーラムで討議ができる時間を確保し、看護計画の見直しなど参加者が相互に意見交換できるような仕掛けを作る。また、今後、希望者が増えた場合、人数の制限を設けるなど検討が必要である。

表7-4

科目名	高齢者看護演習 4 (退院支援調整と多職種連携) フォローアップ・プログラム
担当者	准教授 角川 志穂 教授 塚本 友栄 講師 島田 裕子 講師 湯山 美杉
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検討する演習とした。
教育方法	今年度は Zoom を活用し、演習を実施した。まず、ミニレクチャーとして、退院前カンファレンスの実際について、上都賀総合病院看護師長である飯野氏に講義を行って頂いた。講義終了後、それぞれの受講者が抱えている課題について、講師および受講者とディスカッションを行った。午後は、患者・家族および多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行った。ロールプレイを実施するにあたり、受講者同士でカンファレンスの進め方や留意点について話し合う時間を設けた。ロールプレイ終了後、受講者から感想と気づきを発表してもらい、模擬患者からのフィードバックと、講師から助言をもらい、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。
学習支援方法	Zoom の活用が初めての受講者に対しては、事前に操作方法の資料を送り、入室できるか確認する日を設けた。 演習では、リアリティのあるカンファレンスとなるよう、2 名の模擬患者に参加してもらい、3 名の専門家（講師：上都賀総合病院 看護師長 飯野直子氏、居宅介護支援事業所えびはら 主任介護支援員 須藤知道氏、自治医科大学医学教育センター 副センター長 石川鎮清氏）からカンファレンスの進め方について具体的な助言を得た。
学習到達度	ARCS モデルの注意・関連性については、いずれの項目も高評価であった。自信（自分なりの学習の工夫）と満足度（すぐに活用できるか）については、それぞれ 1 名がやや消極的な評価であった。しかしながら、事後課題の内容には、本演習を通して自身あるいは自施設の課題が記載されており、全員が「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、今後の課題を説明できる」という到達目標を達成できていた。
受講者の反応	アンケートには、演習について「実際の現場に即しているところが良かった」「実際に現場でのカンファレンスのような気がした」といったコメントがあり、遠隔での演習ではあったが、臨場感のある演習ができ、効果的な学習につながったと考える。
今後の課題	今回は退院直前のカンファレンス（3 回目）を想定して行ったが、「第 1 回目のカンファレンスからやってみたい」との声があり、入院から退院までの一連の流れで体験できる学習の工夫も検討したい。

表7-5

科目名	看護研究フォローアップ研修 フォローアップ・プログラム
担当者	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 鹿野 浩子
教育内容	本科目では、研究計画に基づき研究を実施し、研究結果をまとめ、発表することができるための基本的な能力を身に付けることを目的としている。到達目標は、研究結果および考察に基づき、発表資料を作成する(A)、あるいは研究結果をまとめ、研究結果に基づき考察する(B)までのいずれかとし、受講者が決めることとしている。
教育方法・ 学習支援方法	科目担当者の中から受講者の支援担当者を1～2名決定し、ベーシック・プログラムで立案した研究計画に基づく受講者の研究活動を、個別で概ね3回、受講者の都合に合わせて、対面またはeメールにより支援する。今年度は、春山が支援担当者となり、ベーシック・プログラム終了後、令和2年11月～令和3年2月の期間に支援した。新型コロナウイルス感染症の影響により、対面による支援が困難であったことから、eメールによるやり取りに加え、Zoomによる3回の支援を行った。
学習到達度・ 受講者の反応	応募者は2名(ベーシック・プログラム修了者の50%)であったが、修了したのは1名(ベーシック・プログラム修了者の25%)であった(2019年度は受講者なし)。 到達目標は受講者が「研究結果をまとめ、研究結果に基づき考察する(B)」と決め、到達度はBであった。受講者がベーシック・プログラムで立案した研究計画への助言から始め、研究計画を見直した上で受講者は研究に取り組んだ。その後、受講者がまとめた研究結果および考察について、研究結果のまとめ方、論旨の一貫性等を中心に助言した。本プログラムでまとめた研究について、学会発表を進め、サポート・プログラムへの登録により継続した支援が可能であることを伝えた。受講者の希望に沿ってタイムリーに助言することが、やや難しかった。
今後の課題	次年度も新型コロナウイルス感染症の影響により対面による支援は難しいと考えられるため、eメールとZoomにより支援していく必要がある。 支援のタイムスケジュールについて、支援開始時に受講者、支援担当者、双方の都合を突き合わせて計画し、見通しをもって支援していく。

(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
改正令和2年7月6日
改正令和3年11月9日

自治医科大学看護学ジャーナル投稿規程

I. 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（修士生含む）、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。

II. 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。

III. 原稿の種類

原稿の種類は、「原著論文」、「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. 原著論文

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。

b. 総説

看護学に関わる特定のテーマについて、多面的に幅広い知見を収集して総括し、概説・解説または考察したもの。

c. 実践報告

看護実践あるいは教育に関わる新しいもしくは意義ある活動や技術・方法について報告したもの。

d. 資料

看護学に関連する提案、提言、調査など、報告の意義が認められたもの。

e. 特別寄稿

編集委員会からの依頼に基づく寄稿原稿。原則的には査読を設けない。

IV. 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。

V. 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。

Ⅵ. 投稿要領

1. 原稿種類による枚数

- 1) 「原著論文」, 「総説」は, 原則として刷り上がり12ページ以内とする (図・表・写真を含む)。
- 2) 「実践報告」, 「資料」は, 原則として10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。

* 原稿種類の変更により枚数の調整が必要な場合は, 編集委員会で審議し決定することとする。

* 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ことがある。

2. 原稿の様式

- 1) 原稿は, A4判, 横書きの用紙を用いて, フォントはMS明朝もしくはMSゴシックを用いたMS Wordで書かれた, 1頁44字×45行2段組とする。
- 2) 英文の場合は, A4判ダブルスペースとする。
- 3) 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

- 1) 原稿の構成は, 原則として次のとおりとする (ただし, 「原著論文」は以下の構成を遵守する)。

- I. はじめに
- II. 研究方法
- III. 研究結果
- IV. 考察
- V. 結論
- 文献

- 2) 投稿論文の本文は, 章・節・項, 等の見出しをつけて読みやすくし, それぞれ区別する。

(例)

- I
- 1.
- 1)
- (1)
- ①

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関係、公的研究費に基づくか、財政的補助をうけた研究か、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：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.

(3) インターネットの場合

Webpage

著者名：表題. URLアドレス. (参照日)

URLはMS Wordの機能により自動的にハイパーリンクが付されることがあるが、ハイパーリンクは削除する。

例：1) 厚生労働省：看護基礎教育検討会報告書

<https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf>. (参照日2019年11月26日)

Online journal article

著者名：論文題名. 雑誌名, 巻数(号数); 頁-頁, 発行年(西暦). URLアドレス. (参照日)

例：1) Goda H., Kawasaki H., Masuoka Y., et al.: Opportunities and challenges of integrating genetics education about human diversity into public health nurses' responsibilities in Japan. BMC Nursing, 18; 65, 2019. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-019-0391-6> (参照日2019年12月10日)

2) Thompson G. N., and McClement S. E.: Critical nursing and health care aide behaviors in care of the nursing home resident dying with dementia. BMC Nursing, 18; 59, 2019. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-019-0384-5> (参照日2019年12月10日)

- 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。

Ⅶ. 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

「原本投稿原稿」と「査読用投稿原稿」の2種類がある。

(1) 「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。

(2) 「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。

(1) 400字程度の和文抄録をつける。

(2) 『原著論文』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3～4 words程度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

(1) 本文とする。※投稿要領「原稿の構成」参照

(2) 「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。

(3) 論文頁数、行数（※行数は通し番号とせずに頁ごとに1から開始する）を挿入して提出する。

4) 上記の1)～3)は、個別のファイルで提出しても良い。

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

3. 投稿原稿の受付期間

1) 投稿原稿の受付は、通年受付とする。

2) 随時投稿された原稿は投稿された時点から査読を開始する。

3) 査読期間は約4週間、原稿修正期間は約4週間を目安とする。

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

Ⅷ. 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。
3. 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。

Ⅸ. 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。

Ⅹ. 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

本年度は、編集委員長を拝任して2回目のジャーナル発刊に至りました。近年全国に看護系大学が急増すると同時に、修士・博士課程も増加しました。その影響で大学院生からの投稿が増加している学会誌も多く見られていますが、各大学の紀要への投稿はそれほど増加していない様子も見聞きしています。本ジャーナルは、看護学部の紀要にあたるものと認識しておりますが、ここ数年間投稿数が増加傾向とは言い難い感がありました。そんな実情を踏まえて、今年度の研究科FD研修会において、ぜひ院生の修士論文を投稿してくださいとお願いする機会を与えていただきました。その結果、今回2名の修了生にご投稿いただき、掲載に至りましたこと、とても嬉しく思います。コロナ禍が続く医療現場において、修了生の方々は第一線で大活躍中にも関わらず、大変な論文作成に挑戦してくださいましたこと、深くお礼申し上げます。これからも、修了された方々や修了予定の方には投稿をお願いするとともに、指導教員の先生方には、ぜひとも修了生の投稿へのご協力とご指導を賜りますよう、重ねてお願い申し上げます。論文投稿の登竜門として、本学部のジャーナルを存分に活用していただけることを願っています。

(編集委員長 上野 まり)

査読協力者

石井 容子, 内堀 真弓, 倉科 智行, 小西 克恵, 小原 泉, 佐々木綾加,
鈴木美津枝, 塚本 友栄

自治医科大学看護学部編集委員会

委員長	上野 まり
副委員長	里光やよい
委員	角川 志穂
	青木さぎ里
	鹿野 浩子
	古島 幸江
編集担当	看護総務課
	スタナーズ里杏

自治医科大学看護学ジャーナル 第19巻

令和4（2022）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 上野まり
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)