

滋賀医科大学雑誌 第30巻 第2号（看護学編） 2017

滋賀医科大学雑誌編集委員会

- <研究報告> NICU を退院した子どもの子育てに関する両親へのアンケート調査
白坂真紀, 越田繁樹, 桑田弘美p.1-5
- <研究報告> 精神科病棟における PNS 運用の実際と工夫
井上愛子, 菅原章栄, 中園麻友, 俵怜奈, 中原有里, 桑田弘美
.....p.6-12
- <研究報告> 「在宅療養支援のための多職種連携研修」の検討—研修受講者の多職種連携
の現状から—
多川晴美, 小野幸子, 平岡葉子 p.13-16
- <Miscellaneous> Community Health System Assessment for Noncommunicable
Disease Prevention and Health Promotion in Indonesia: A Nursing
Perspective
Mayumi MIZUTANI, Junko TASHIRO, MAFTUHAH p.17-24
- <研究報告> 臨床教育看護師・助産師育成プログラム 受講後とプレ活動後の評価
～「自身の看護実践の質」が向上できているかを評価する～
小野幸子, 多川晴美, 平岡葉子 p.25-30
- <実践報告> NICU/GCU の看護師が行うポジショニング技術に関する実態調査
稲田静香, 高橋早智, 川端笑奈, 西村舞衣, 北川有紀, 白坂真紀
..... p.31-36

— 研究報告 —

NICU を退院した子どもの子育てに関する両親へのアンケート調査

白坂 真紀¹⁾, 越田 繁樹²⁾, 桑田 弘美¹⁾

1)滋賀医科大学医学部看護学科 臨床看護学講座 (小児)

2)滋賀医科大学医学部医学科 総合周産期母子医療センター

Questionnaire survey on child-rearing life for parents of post-NICU baby

Maki SHIRASAKA, Shigeki KOSHIDA, Hiromi KUWATA

Department of clinical nursing, Division of Pediatric Nursing, Shiga University of Medical Science

Perinatal center, Shiga University of Medical Science

要旨

NICU (新生児集中治療室) を退院した子どもの子育てについて両親を対象にアンケート調査を行い、父親と母親の結果を比較した。「最近一ヵ月間の気持ちや体調」「子育ての楽しさ」「子育ての困難感」についての質問の回答には有意差はなく、「自分のために使える時間の有無」「父親の育児関与」「父親の母親への精神的支援」については有意差を認めた。育児を困難に感じる事が両親ともに3~4割みられる一方で、子育ては楽しいという回答も8割ほど得られた。これは、家族関係形成への支援や育児不安の軽減に努めてきたNICU看護や継続的に支援している外来看護の成果ではないかと思われた。主な養育者となる母親が自分の時間を持ちづらい状況であることが改めて示されたが、そのようななかでも父親に比べると母親は、父親(夫)の育児関与や精神的支援について高く評価している傾向が見られた。母親に比べると父親は直接的に育児に関与する時間は少ないかもしれないが、父親としての役割を果たしているという自信ももってもらえるような支援も大切である。

キーワード NICU, 両親, 子育て, 小児科外来, フォローアップ検診

はじめに

日本の出生率は漸減傾向にあるなか低出生体重児の出生率は上昇しており¹⁾、NICU (新生児集中治療室) の収容力不足は深刻な問題として取り上げられてきた²⁾。少子高齢社会の日本においてはとくに、数少ない子ども達一人ひとりの健やかな成長と発達が強く望まれている。子どもの成長発達には母親だけでなく父親の影響が大きく³⁾、その役割は期待されている。

今回、NICU を退院した子どもを養育する父親と母親の子育ての様子を明らかにすることを目的にアンケート調査を行った。

研究方法

1. 調査対象者

A 病院 NICU を退院し、小児科外来でフォローアップ検診を受けている子どもの両親である。

2. 調査期間

2012 年 11 月～2013 年 11 月

3. 調査内容

調査内容は、家族構成、出産時の状況、養育環境、外来フォローアップ健診に関する事、父親と母親それぞれの気持ちや体調、子育ての状況であった。調査票は「幼児健康度に関する継続的比較研究」⁴⁾ (研究代表は衛藤隆氏) を一部参考にした。質問への回答は選択式とした。

4. 調査方法

自記式質問紙調査法を用いた。小児科外来で子どものフォローアップ検診を担当する医師より両親へ、調査票を2部(父親と母親用)手渡し、調査協力依頼と説明を行った。研究参加を強制することがないよう

Received: January 13, 2017.

Accepted: April 5, 2017.

Correspondence: 滋賀医科大学医学部看護学科 臨床看護学講座 (小児) 白坂真紀

〒520-2192 大津市瀬田月輪町

kitamaki@belle.shiga-med.ac.jp

に、調査票は郵便による返送をもって同意を確認することとした。

5. 分析方法

分析は、SPSS20.0を用いて、各項目別に単純集計と記述統計を行い、父親と母親の2群間で χ^2 検定を行った。統計学的有意水準は5%とした。

6. 倫理的配慮

本学倫理審査委員会の承認を得て行った(24-100)。対象者には外来受診時に調査票を配布し、研究目的、方法、結果の公表について文書で説明した。調査への自由な参加、不利益からの保護、個人は特定されないことなどプライバシーの保護について保障した。

結果および考察

1. 回答率と対象の属性

NICUを退院した子どもの両親371組(父親と母親各742名)に調査票を配布し、154組(308名)より返信があった(回収率41.5%)。そのうち有効回答率は97.4%であり、家族背景等の基本情報が記載されている150組(300名)を分析対象とした。アンケート回答者の両親の年齢は、父親20~50歳代(平均年齢36.8±6.1歳)、母親20~40歳代(平均年齢34.7±5.0歳)であった。家族構成は、核家族126組(84.0%)、その他24組(16.0%)であり、双胎児を養育している家庭が19組あった(12.7%)。子どもの年齢は0~10歳で、内訳は0歳78名、1歳以上2歳未満28名、2歳以上3歳未満16名、3歳以上4歳未満10名、4歳以上5歳未満2名、5歳以上6歳未満8名、6歳以上8名であった。男児88名・女児81名であった。出生時の平均体重は2111±48.9g(600~3000g台)、分娩様式は経膣分娩52名・帝王切開分娩91名・不明7名であった。NICUの入院日数は平均40.7±4.8(1~420日)で、入院理由は低出生体重、早産、病気などであった。日中の主な養育者は(複数回答あり)、母親136名(76.4%)、父親(0.6%)、母親方祖父母16名(9.0%)、父親方祖父母5名(2.8%)、その他20名(11.2%)であった。保育園を利用している家族は32組であった。利用した経験のある社会制度やサービスについては、利用あり90名(60.0%)、利用なし60名(40.0%)であった。その内容は(複数回答あり)、一時預かり17名、病児保育2名、行政の育児支援事業38名、学童保育3名、子育て相談21名、有料の育児支援事業7名、子育てサークル28名、会社の育児支援8名、電話相談11名、産前休暇35名、産後休暇40名、育児休暇41名、その他6名であった。A病院小児科外来のフォローアップ検診における満足度については、「満足している」と回答した父親は130名(96.3%)で母親は137名(93.8%)であった。

2. 各質問項目の回答について

1)「この一ヵ月間の気持ちや体調」(表1参照)

この一ヵ月間の気持ちや体調を質問した心身の健康に関しては父親と母親の間で有意差はなかったが、心身ともに体調が良好と回答した親は5~6割にとどまった。体調と気分については、両親ともに、気分の不調に比べ身体の不調を感じている親が多く、なかでも心身ともに調子が悪い母親が1割あり、子育て中の母親の健康への配慮や支援が求められる。同時に、母親や父親自身が自分の状況を把握し、心身の病気に至る前に助けを求められるよう、対処できる力をもつことも大切である。本調査対象の半数の52.0%が0歳児の、29.3%が1~3歳未満の幼児前期の子どもの両親であり、乳幼児は育児そのものに手がかかるうえに、夜間の拘束もあり、睡眠不足や疲労の蓄積つながり育児ストレスも大きい⁵⁾と言われており、その健康状態が憂慮される。

2)「子育ての楽しさ」「子育ての困難感」(表2,3参照)

「子育ての楽しさ」と「子育ての困難感」に関する質問では、父親と母親の間で有意差は認めなかった。子育てに困難を感じる両親は3~4割ほどである一方で、両親ともに8割が子育ては楽しいと回答していた。出産後一定期間NICUに入院する子どもと家族は、治療のため親子が離れて生活することを余儀なくされる。そのため母親の育児不安が高く、母子関係の確立に困難を伴う。乳幼児虐待においてはNICU入院歴がある児や低出生体重児の占める割合が高いことの報告がされてきた⁶⁾。しかし、昨今のNICU看護は子どもの身体的なケアだけでなく、子どもだけではなく家族全体へのファミリーケアも充実している。新生児看護におけるファミリーケアは、単に両親の心理的ケアを行うことではなく、NICUに新生児が入院するという心理的な危機状況を克服し、自らの力で家族を発展させていくことができるように支援する事であるといわれている⁷⁾⁸⁾。対象は、子どもの外来受診を継続しており、その満足度も父親と母親共にほぼ100%と非常に高く、NICUという難しい状況のなかで家族の良好な関係形成を目指した看護師の細やかな援助実践がされている⁹⁾成果ではないかと考える。

3)「自分のために使える時間の有無」「父親の育児関与」「父親の母親への精神的支援」(表4,5,6参照)

父親に比べ母親の方が、自分のために使える時間が少ないという状況の中でも、父親に比べると母親は、父親(夫)の育児関与や自分(母親自身)への精神的支援について高く評価する傾向がみられていた。

「自分のために使える時間を持っていますか」という質問への回答項目の割合に両親間で有意な差が認められた($p=0.008$)。具体的には、「時間を持っています」と回答した父親は84名(56.4%)で、母親64名(43.2%)と父親が多く、「時間を持っていない」と

回答した父親は24名（16.1%）で、母親46名

（31.1%）と母親が多かった。特に主な養育者となる母親がその時間を持ちづらい状況であることが改めて示された。

さらに「お父様は育児をしていますか」という質問の回答項目の割合に両親間の有意差を認めた（ $p=0.006$ ）。育児を「（自分自身は）よくしている」と答えた父親50名（34.0%）に比べると、「（夫は）よくしている」と答えた母親は78名（52.0%）であり、父親（夫）は育児に参加していると認めている母親が多かった。6割ほどの父親が「（自分自身）時々している」87名（59.2%）と回答しており、「（夫は）時々している」と回答した母親62名（41.3%）に比べると、父親の育児参加については、父親自身が控えめな評価をしていた。一方で、「殆どしない」という結果は、父親と母親ともに同じ1割であった。父親自身が答えた実際に行っている育児の内容は（複数回答有り）、多い順に、お風呂（127名/20.0%）、オムツ交換（112名/17.6%）、遊び（111名/17.4%）、着替え（98名/15.4%）、食事援助（93名/14.6%）、寝かしつけ（71名/11.2%）、学習の援助（21名/3.3%）、その他（3名/0.5%）であった。

NICUを退院した子どもの父親は母親（妻）の心身の負担に関心を向け配慮していることも報告されており¹⁰⁾、そのような状況を把握しているがゆえに、父親自身の育児関与や精神的な支援が不足している傾向の結果につながったのではないと思われる。父親の役割については、かつての「権威としての父親（稼ぎ手・子どもの社会化）」から近代家族の「父親不在（稼ぎ手）」の時代へと移行し、現在では「新しい父親（稼ぎ手・子どもの社会化・子どもの世話）」の模索がされている¹¹⁾¹²⁾といわれてきた。役割が増加した現在の父親を労い、必要であれば支援の対象とする見方が大切ではないと思われる。少子社会において、一人ひとりの子どもたちが健やかに発育できるよう、子どもを育てる父親と母親への支援のあり方を今後も考えていきたい。

まとめ

1) NICUを退院した子どもの子育てが楽しいと回答していた両親は8割前後であった。これは、家族関係形成への支援や育児不安の軽減に努めてきたNICUとGCUの看護と、退院後も継続した外来診療と看護の成果が一端にあるのではないかと考えられた。

2) 父親に比べると母親は、自分の時間が持てない状況にあっても、父親（夫）の育児関与や自身への精神的支援を評価していた。特に子どもの幼少期の育児は直接的ではないことも多いかもしれないが、大切な子育ての役割を父親が担っていることを、父親自身で肯

定的に捉えられるような支援の視点をもちたい。

本研究の限界と課題

本研究の対象者が0～10歳と年齢の幅が広い子どもの両親の回答を分析していることより、日中子どもが過ごす場所の違い（自宅、保育所や幼稚園、学校）、退院後の期間や家族構成、利用している社会資源など、年齢をはじめ詳細な背景を踏まえた分析を行うことが、今後の課題である。

謝辞

本研究にご協力いただきましたお父様とお母様、A病院小児科外来のフォローアップ検診を担当されている医師はじめ外来看護師とスタッフの皆様に、深く感謝申し上げます。

本研究は、平成22～24年度文部科学省研究費補助金（若手B課題番号22792222）の助成を受けて行った研究の一部である。

利益相反に関する開示事項はありません。

文献

- [1] 母子衛生研究会.母子保健の主なる統計（平成25年度）,2013
- [2] 網塚貴介.周産期医療の成果と評価 我が国の周産期医療の問題点とその解決－新生児医療－,38(1):105-110,2008
- [3] 尾形和男,宮下一博.父親の協力的関わりと子どもの共感性および自我同一性 家族機能も含めた検討.家族心理学研究,14(1):15-27,2000
- [4] 衛藤隆代表.幼児健康度に関する継続比較研究平成22年度総括・分担報告書,平成22年度厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業,2011
- [5] 及川裕子,久保恭子.乳幼児を持つ母親の精神健康状態と生活満足度,園田学園女子大学論文集.47:85-93,2013
- [6] 小泉武宣,ハイリスク家庭への周産期からの援助に関する研究,厚生科学研究,虐待の予防、早期発見及び再発防止に向けた地域における連携体制の構築に関する研究,平成11年度研究報告書,2000
- [7] 横尾京子,“ファミリーケアの実践的意味” NICUチームで取り組むファミリーケア家族のはじまりを支える医療,堀内勁編集,Neonatal Care 春季増刊号,11-12,メディカ出版,2002
- [8] 藤村正哲,Nursing Note,43,メディカ出版,2007
- [9] Shirasaka M, Kuwata H. Difficulty of the NICU nurse who supports long term hospitalized children and family. The MHS 2016 Book of Proceedings, 2017(in preparation)
- [10] 白坂真紀,桑田弘美.NICUを退院した双子を養育する父親の育児の実際,日本小児看護学会誌.22(1):116-121,2013
- [11] 船橋恵子,父親現在 渡辺秀樹編集,変容する家族と子ども,教育出版社,1999

[12] 尾形和男, 父親の心理学, 第10章 未来志向の父親 1
 節 父親に求められる役割の構造的変化, 133-135,
 北大路書房, 2011

表 1. この一カ月間の気持ちや体調

質問内容	回答項目	全体 (n=295) 人数 (%)	父親 (n=147) 人数 (%)	母親 (n=148) 人数 (%)	χ^2 値	P 値
この一カ月間のご自身の 気持ちや体調はいかが ですか	心身ともに快調	168(57.0)	91(61.9)	77(52.0)	3.476	0.482
	体の調子が良いが気分は不調	17(5.8)	8(5.4)	9(6.1)		
	気分は良いが体は不調	49(16.6)	22(15.0)	27(18.2)		
	心身ともに調子が悪い	24(8.1)	9(6.1)	15(10.1)		
	何とも言えない	37(12.5)	17(11.6)	20(13.5)		

 χ^2 検定

表 2. 子育ての楽しさ

質問内容	回答項目	全体 (n=296) 人数 (%)	父親 (n=149) 人数 (%)	母親 (n=147) 人数 (%)	χ^2 値	P 値
子育ては楽しいですか	楽しい	242(81.8)	126(84.6)	116(78.9)	2.324	0.313
	何とも言えない	53(17.9)	23(15.4)	30(20.4)		
	楽しくない	1(0.3)	0(0.0)	1(0.7)		

 χ^2 検定

表 3. 子育ての困難感

質問内容	回答項目	全体 (n=297) 人数 (%)	父親 (n=149) 人数 (%)	母親 (n=148) 人数 (%)	χ^2 値	P 値
子育てに困難を感じるこ とがありますか	感じるこ とがある	102(34.3)	48(32.2)	54(36.5)	0.876	0.645
	何とも 言えない	93(31.4)	50(33.6)	43(29.1)		
	感じるこ とはない	102(34.3)	51(34.2)	51(34.5)		

 χ^2 検定

表 4. 自分のために使える時間の有無

質問内容	回答項目	全体 (n=297) 人数 (%)	父親 (n=149) 人数 (%)	母親 (n=148) 人数 (%)	χ^2 値	P 値
自分のために使える時間 をもっていますか	時間をも てている	148(49.8)	84(56.4)	64(43.2)	9.728	0.008**
	何とも 言えない	79(26.6)	41(27.5)	38(25.7)		
	時間をも てていない	70(23.6)	24(16.1)	46(31.1)		

 χ^2 検定 *p<0.05 ** p<0.01

表 5. 父親の育児関与

質問内容	回答項目	全体 (n=297) 人数(%)	父親 (n=147) 人数(%)	母親 (n=150) 人数(%)	χ^2 値	P 値
お父様は育児をしていますか	よくしている	128 (43.1)	50 (34.0)	78 (52.0)	10.290	0.006**
	時々している	149 (50.2)	87 (59.2)	62 (41.3)		
	殆どしない	20 (6.7)	10 (6.8)	10 (6.7)		
χ^2 検定 *p<0.05 ** p<0.01						

表 6. 父親の母親への精神的支援

質問項目	回答項目	全体 (n=296) 人数(%)	父親 (n=147) 人数(%)	母親 (n=149) 人数(%)	χ^2 値	P 値
お父様はお母様の相談相手、 精神的な支えになっていると 思いますか	そう思う	188(63.5)	80(54.4)	108(72.5)	12.584	0.002***
	何とも言えない	87(29.4)	57(38.8)	30(20.1)		
	そう思わない	21(7.1)	10(6.8)	11(7.4)		
χ^2 検定 *p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.005						

— 研究報告 —

精神科病棟における PNS 運用の実際と工夫

井上 愛子¹⁾, 菅原 章栄¹⁾, 中園 麻友¹⁾, 俵 怜奈¹⁾, 中原 有里¹⁾, 桑田 弘美²⁾

1) 滋賀医科大学医学部附属病院 看護部

2) 滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座 (小児)

The operation and shaping of the Partnership Nursing System(PNS) at psychiatric ward

Aiko Inoue¹⁾, Fumie Sugahara¹⁾, Mayu Nakazono¹⁾, Rena Tawara¹⁾, Yuri Nakahara¹⁾, Hiromi Kuwata²⁾

1) nursing department, Shiga university of medical science hospital

2) department of clinical nursing, division of pediatric nursing

要旨

精神科病棟での PNS 運用の工夫を明らかにすれば、精神科病棟におけるより有用な運用方法を検討することができると考え、本研究を実施した。A 院精神科病棟に所属する 1 年間 PNS を経験した看護師 6 名（経験年数 2～17 年）に対し、半構成的インタビューを実施。インタビュー内容をデータとして逐語録に起こし、質的記述的方法にて分析した。その結果、精神科病棟の看護師は、初めは【ペアを組むことによる弊害を懸念】し、【常に相手が存在することに煩わしさを自覚】していたが、PNS を運用するために、【ペア同士で十分に情報収集】し、【精神状態が不安定な患者に穏やかに対応】できていた。【PNS を職場内教育に利用】し、【ペアで確認しあう事で過失を予防】することもできることで、精神的ストレスが減少し、それが患者の安全にもつながっており、【能率的な業務として実践】できていることがわかった。

キーワード：精神科 PNS 看護

はじめに

A 院精神科病棟で PNS（パートナーシップナーシングシステム）を導入して 1 年が経過した。PNS とは、2 人の看護師がペアとなり、安全で質の高い看護を共に提供することを目的に、良きパートナーとして対等な立場で協力し合ってケアを行う看護体制の事である。A 院の看護体制は、プライマリーナーシング制を導入していたが、2013 年度よりすべての病棟で PNS を導入することとなった。それに伴い精神科病棟も 2013 年から PNS での看護体制が開始した。

PNS 導入前は、A 院は地域の精神科単科病院と違って大学病院であることから、看護師の精神科経験年数が短いことや、それによる知識などの経験不足のために患者対応が不十分であるという看護側の問題があった。また、患者から暴力を振るわれたり、個人的な中傷をされたりするため、看護師が恐怖を抱くといった問題があった。そのため複数名での訪室を余儀なくされ、ケアや患者対応を行うまでに時間がかかり、対応が遅れることがあった。

Received: November 28, 2016. Accepted: April 13, 2017.

Correspondence: 滋賀医科大学医学部附属病院 看護部 井上 愛子

〒520-2192 大津市瀬田月輪町 aiko@belle.shiga-med.ac.jp

PNS の導入後は、「不穏・暴力行為・暴言のある患者さんへの対応が 2 人ですぐに出来る」「指示の見落としが減った」「患者さんと接するときに安心感がある」など効果はあったが、「ゆっくり患者さんと話ができない」「ペアの受け持ち患者が多く、精神的なケアが減った」といった意見を聞くこともあった。

精神科病棟の特殊な環境は、建物の構造だけでなく、看護師の積極的な働きかけによって維持・改善されている。よりよい環境を提供することは、精神科看護の重要な位置を占めている¹⁾。

精神科看護師は患者との何気ない日常的場面で患者のニーズの把握や身体的・精神的な情報を収集し、その関わりの中で精神的な支援を行っている。精神疾患を有する患者はコミュニケーションをとること自体に不安や不得意な場合もあり、関係性の構築に時間を要する。

PNS は、福井大学医学部附属病院が推奨した取り組みであるが、精神科病棟での PNS に関する先行研究は見当たらなかった。そこで、精神科病棟での PNS 体制でよりよい患者対応を行うために、A 院の看護師がどのように精神科看護を行っているかの実際と工夫を明らかにしたいと考えた。

方法

1. 研究デザイン

質的帰納的研究方法を用いた。

2. 研究対象

A 院精神科病棟に所属し 1 年間 PNS を経験した看護師 6 名を対象とした。

3. 調査期間

インタビュー調査：2014 年 10 月～11 月。

4. データ収集方法

A 院精神科病棟スタッフ 6 名を対象に、インタビュー調査を実施し、その内容を逐語録に起こしたものをデータとした。

<インタビュー内容>

- ①経験年数
- ②PNS が導入されている現在、単独で勤務を行うときとの違い
- ③PNS 導入前と比べて変化したこと
- ④保護室隔離中の患者の暴力・暴言の対応
- ⑤閉鎖病棟での危険行動・不穏の患者の対応
- ⑥不安時・不穏時・不眠時の屯用薬を扱うこと
- ⑦検温時 PNS 導入前後で変化したこと、PNS 導入後の患者との会話の時間の取り方
- ⑧出勤時の情報収集の方法、ペア間での情報共有の方法
- ⑨その他、日々の看護の中で変化した点・工夫している点

5. データ分析方法

インタビューのデータを質的記述的方法にて分析した。逐語録を十分に読み込んでテーマに沿った内容

をコード化し、類似性に従ってサブカテゴリー・カテゴリー化した。信頼性・妥当性を確保するためにメンバーチェックを行い、質的研究のスーパーバイズを受けた。

6. 倫理的配慮

本研究は、滋賀医科大学医学部附属病院看護研究倫理審査において承認された後、対象者に研究への参加は任意であること、参加しないことによって公私共に不利益が生じないこと、いつでも中止できること、個人情報厳重に守ることなど文書を用いて説明し、書面で同意を得た。看護系の学会で発表すること、論文文化することで公表することの同意も得られた。

結果

1. 対象の属性

6 名の看護師の年齢は 20 代～30 代で、男性 3 名女性 3 名、看護師経験年数は平均 8.3 年、そのうち精神科経験年数は平均 4.2 年であった(表 1 参照)。

表 1. インタビュー対象者の属性

	年代	性別	看護師 経験年 数	精神科 経験年 数
A	30 代	女	4 年	4 年
B	30 代	男	12 年	8 年
C	20 代	男	3 年	2 年
D	30 代	男	17 年	5 年
E	30 代	女	10 年	2 年
F	20 代	女	4 年	4 年

2. PNS 運用の実際と工夫

分析の結果、182 個のコードから 35 個のサブカテゴリーを抽出した結果、7 個のカテゴリーが抽出された(表 2 参照)。

カテゴリーを以下【】で表し、それぞれに含まれるサブカテゴリーを《》で表す。

PNS を導入する前は、精神科病棟への導入が少ないことや、スタッフの人数が少ないために PNS がうまく機能しないことへの不安があり、《単独で看護していた時の不安が惹起》や、《PNS 導入で業務の増加を予想》していた。また、《看護記録しながら患者と会話することへの不安》といった意見もあったことから、《PNS による患者のプライバシーへの影響を心配》し、【ペアを組むことによる弊害を懸念】していた。

また、PNS 導入当初は、ペアと折り合いをつけなければならなかったため、《患者の情報収集や業務内容が倍増》し、《患者さんと会話する時間が減少》したことを感じていた。さらに、《ペア間の意見の相違が存在》し、《ペア間の不平等さを自覚》していたことから、《看護師間の業務のペースの違いを我慢》していることとなり、【常に相手が存在することに煩わしさを自覚】する声があった。

PNS を運用していく中で、お互いが患者全員の情報

収集をすることで、《十分な情報収集を心がける》ことや、《充実した情報収集が可能》となった。また、《情報収集の不足部分をお互いに補完》し、《PNS 導入後のメリットを認識》し、【ペア同士で十分に情報収集】することができた。

また、情報共有をしていることで、予測される危険の回避と急変の対応がしやすくなり、《ひとりで患者の精神状態の判断や介入することに不安》があったが、《不穏状態の患者に迅速に対応》することで、《不安定な患者からのトラブルが減少》した。また、《不穏状態の患者対応時の精神的負担の減少》に繋がり、《難しい患者への対応に抵抗感が減少》し、《精神状態が不安定な患者を円滑にケア》できるようになって、【精神状態が不安定な患者に穏やかに対応】する工夫ができていた。

そして、情報を共有することで未然に過失を予防でき、《ペアとの業務分担で空いた時間に患者と会話》することができた。《業務の見落としが減少》し、患者の観察・ケアを《ペア同士で確認することで業務を補い合い》、【ペアで確認しあうことで過失を予防】した。

また、ペア間で《看護上の判断や精神的ケアを相談》でき、《判断に迷うときは先輩看護師に譲歩》して、実践的に精神科看護のモデルとなっていた。先輩看護師は、ペアの相手となる《後輩看護師の相談を受け入れ》、《後輩育成の重要性を認識》し、《後輩への OJT を実践》することで、【PNS を職場教育に利用】に繋がっていた。

これらのように PNS を工夫したことで、《ペアとのコミュニケーションが増加》し、《業務の調整が簡便》となり、《業務を調整する時間が減少》した。また、《記録時間の短縮化を実践》でき、《PNS 導入による負担は皆無》と感じていたことから、《ケアの負担が軽減》し《超過勤務が減少》することとなり、【能率的な業務として実践】できた。

考察

精神科病棟の看護師は、初めは【ペアを組むことによる弊害を懸念】し、【常に相手が存在することに煩わしさを自覚】していたが、PNS を運用するために、【ペア同士で十分に情報収集】し、【精神状態が不安定な患者に穏やかに対応】できていた。【PNS を職場内教育に利用】し、【ペアで確認しあう事で過失を予防】することもできることで、精神的ストレスが減少し、それが患者の安全にもつながっており、【能率的な業務として実践】できていることがわかった。精神科病棟における PNS 運用の実際と工夫について、語りの内容から分析しカテゴリーの関係を図に示した。(図 1 参照)。

精神科病棟の看護師は、PNS 導入時にペアで仕事をするものの煩わしさやその弊害を心配していたが、ペア同士で情報収集がスムーズとなり、精神状態が不安定な患者でも躊躇せずにベッドサイドに行けるようにな

っていた。そして PNS が後輩看護師には病棟教育(ケアを通じての教育訓練)のような効果があることに先輩看護師が気付くと、それを利用して業務の効率化を図ろうとしていたことがわかった。そこで、1.精神科病棟での PNS 導入による実際と 2.PNS 運用の工夫の 2つのテーマで考察する。

1. 精神科病棟での PNS 導入による実際

導入前は PNS を導入されることに対してスタッフの人数が少ないことや、精神科病棟での PNS 導入は前例がないこともあり、不安に思う声が多く聞かれていた。《単独で看護していた時の不安が惹起》し、《記録しながら会話することへの不安》があった。また、看護師が二人で訪室することで患者が話をしてくれるか分からない《PNS による患者への影響を心配》や《PNS 導入で業務の増加を予想》などから、【ペアを組むことによる弊害を懸念】があった。また上山らは、看護師 2 人が情報を共有し、そして責任を共有する体制であることから、従来の 1 人で業務を行い、責任を一手に引き受けていた看護師にとっては、2 人がどのように情報を共有し、業務配分を行ったらよいか迷いが生じる²⁾と述べている。PNS 導入前の単独での勤務経験の長い看護師にとっては、導入当初はペアになる相手によって《看護師間の業務のペースの違いを我慢》し、経験年数の違いで《ペア間の意見の相違が存在》するといった働きづらさがあるため、パートナーへの気兼ねやパートナーと協働する上での負担感が、対人関係におけるストレスを生み、チームワークをとりにくくする可能性が示唆される³⁾ことから

【PNS 導入で常に相手が存在することに煩わしさを自覚】していると考えられた。

一方で【ペア同士で十分に情報収集】では、二人で行うことで《充実した情報収集が可能》となり、《情報収集の不足部分をお互いに補完》できていた。矢田らは、激しい興奮状態や自傷他害の危険性がある患者は、隔離室を使用することから、看護者は自殺企図などに細心の注意が必要である⁴⁾と述べているように、精神科の看護では、細かな精神状態の変化を見逃さないことが重要である。十分な情報収集をしたうえで、実際に患者の仕草や表情の変化、声のトーンなどは対面した当事者でないと分からないニュアンスがある。そのような微妙な変化について、二人で検温やケアに訪室することで、より客観的な情報を得ることができているのではないかと思われた。

精神科看護師は、「一人では患者の精神状態の判断や介入することに不安があると感じていたが、PNS 導入により、不穏状態の患者対応時の精神的負担が減ることや精神状態が不安定な患者を円滑にケアすること、また難しい患者への対応に抵抗感が減る」と感じていた。

【精神状態が不安定な患者に穏やかに対応】では、PNS での協同が大きく役立っていると考えられた。精神科看護師は暴力や攻撃行動などリスクの高い

状況に身を置きながら、患者の安全確保と治療的な保護を目的としてケアに取り組んでいる⁵⁾。また患者から暴力を受ける可能性もある隔離室という特殊な環境では看護師は長い緊張状態におかれていることが推測される⁶⁾ため、ペアで患者を対応することにより、《難しい患者への対応に抵抗感が減少》していた。精神科臨床に見られる暴力と攻撃行動をめぐる問題は、軽視できない現象として注目を集めている⁷⁾。PNS ではペアがいるため、自分ひとりで患者に対処しなければならないという緊張や、暴言や暴力への恐怖感が減っていた。さらに、ひとりで対応することで恐怖心から保てなかった看護の質は、ペアで動くことにより以前より保てるようになっていいると考えられた。また「暴言にたいして落ち込んでしまった時もペアで振り返ることで辛かった気持ちを共有する」などにより、《不穏状態の患者対応時の精神的負担が軽減》していると考えられた。

さらに、【PNS を職場内教育に利用】することや【ペアで確認しあう事で過失を予防】するというメリットを強化していることが分かった。佐藤らは、日頃の看護ケアを振り返り、ケアの意味を解釈し示唆できる専門的な知識と経験を持つ看護師の存在が必要⁸⁾と述べているように、抑制中の患者のケアや不穏状態の患者の対応など、ペア看護師の対応をその場で見て聞いて学ぶことができ、精神科看護に焦点をあてた教育に役立っていると考えられた。また矢田らは、ケアの内容の充実化も図れ、患者の状態にあったケアの提供ができていいる。精神科の患者は精神疾患に加えて、身体合併症も多く、看護師は心身両面の知識と技術を求められる⁹⁾と述べているように、精神科病棟で重要となる投薬も、PNS により、必要なタイミングで必要な時に的確にダブルチェックでき、患者への対応が早期にできていいると考えられる。

業務配分や精神状態について自分で判断できないことや薬を使うタイミングなど、《看護上の判断や精神的ケアを相談》するという工夫により、看護技術と知識が向上できていると考えていいる。

また、精神科病棟では患者の入院、拘束、隔離などによる精神保健福祉法の知識なども必要とされ、幅広い知識と技術が必要とされる¹⁰⁾ように、入院時の精神科患者の情報収集は、入院時だけでは得られにくいことも多い。そのため、看護計画の立案やプロフィールの作成に時間がかかるが、入院患者を受け持った日でも、ペア間で業務分担ができるため、《超過勤務が減少》につながっていると考えられた。

2. 精神科病棟における PNS 運用の工夫

PNS を運用する際には、お互いが患者全員の情報を【ペア同士で十分に情報収集】し、ペア間で情報の共有を行い2人で責任を持つことで精神的な負担が減少できる工夫を行っていた。また、情報共有の際に患者の対応の際の注意点や後輩看護師の不足技術などの確認ができていた。このことは、職場内教育に有用に働

いていいると考えられる。そして、集めた情報をもとに午前と午後に情報共有を行い、【ペアで確認しあう事で過失を予防】できていた。また、精神状態の不安定な患者をペアで訪問することにより、看護師の精神的ストレスの軽減が図れていた。さらに精神状態が不安定な患者の看護上の判断や精神的ケアを相談したり、先輩看護師は後輩看護師の相談を受け入れたりなど、ペア同士が互いに相談しあうことができていた。このように患者の精神状態を互いに判断仕合うことで、確実な患者の精神状態の判断に役立っていると思われた。

【精神状態が不安定な患者に穏やかに対応】でき、PNS 導入前の単独で看護をしていた時の患者からの暴力・暴言といった予測される危険の回避や急変の対応がスムーズに行えることにつながっている。教育面では、ペアの経験年数を考慮し、できるだけ教育的に関われる先輩看護師と後輩看護師のペアリングとし、【PNS を職場内教育に利用】している。P. Benner は「質的な違いを教えることはベッドサイドで直接行われるのが最もよく、学習者は指摘されていることを正確に見ることができる」¹¹⁾と述べており、ペアで患者への対応・処置やケアを行う工夫により、その場で患者の精神状態をアセスメントすることができ、処置やケアの方法が直接学べ、実践的に精神科看護の教育ができ、精神科看護の質の向上に活かされていると考えられた。

おわりに

精神科病棟での PNS 運用への工夫として、以下のことが明らかとなった。

- ①ペア間で情報共有を行い精神状態の把握やケアのタイミングに活かしていること
- ②精神状態の不安定な患者の訪室をペアで行い、看護師の精神的ストレスの軽減を図っていること
- ③ペアリングの考慮により、精神科看護の教育に活かされていること

研究の限界

今回は6名の看護師を対象にインタビュー調査を行ったが、一つの病棟での調査であり、PNS 運用がどこでも行われているわけではないため、データとしては限定的である。実際にインシデント等の調査はまだ行われていないため、インタビュー調査の継続と共にその成果を検討することが、今後の課題である。

謝辞

本研究を行うにあたり、ご協力いただきましたスタッフの皆様へ深く感謝致します。

文献

- [1] 看護師のための精神看護ナビホームページ
<http://seisinkango.com/seishin1.html>
- [2] 上山香代子, 吉田隆司, 齋藤仁美, 瀧本弥生, 清水由加里, 橘幸子. パートナリシップを取り入れた

- 看護方式 PNS の効果. 第 42 回日本看護学会論文集 (看護管理), 511-513, 2012.
- [3] 荻原絹子, 貞方三枝子, 寺岡征太郎, 宮崎智子, 高橋眞弓, 江藤栄子. パートナーシップ・ナーシング・システム (PNS) 導入後のチームワークに関する分析. 第 44 回日本看護学会論文集 (看護管理), 240-241, 2014.
- [4] 矢田浩紀, 安倍博史, 大森久光, 石田康, 加藤貴彦. 精神科における看護者のストレス要因-急性期病棟と療養病棟の比較-. 産業医科大学雑誌, 31 (3) :293-303, 2009.
- [5] 岡田実. 暴力と攻撃行動に対する精神科看護実践の技術的処方-「読みと見極め」および「身体準備性」について-. 弘前学院大学看護紀要, 2, 9-22, 2007.
- [6] 前掲書[4].
- [7] 前掲書[5].
- [8] 佐藤順子, 出口禎子, 池田明子. 大学病院精神科病棟における看護師の葛藤状況-看護師への面接調査から-. 日本精神保健看護学会誌, 16 (1) :60-66, 2007.
- [9] 前掲書[4].
- [10] 前掲書[4].
- [11] P. Benner, P. L. Hooper-Kyriakidis, D. Stannard : Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care A Thinking-In Action Approach, 井上智子訳. ベナー看護ケアの臨床知行動しつつ考えること. 医学書院, 14, 1999.

精神科病棟における PNS 運用の実際と工夫

表 2 精神科病棟における PNS 運用の実際と工夫

カテゴリー	サブカテゴリー
ペアを組むことによる弊害を懸念	<ul style="list-style-type: none"> ・ 単独で看護していた時の不安が惹起 ・ 看護記録しながら患者と会話することへの不安 ・ PNS による患者のプライバシーへの影響を心配 ・ PNS 導入で業務の増加を予想
PNS 導入で常に相手が存在することに煩わしさを自覚	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師間の業務のペースの違いを我慢 ・ 患者さんと会話する時間が減少 ・ 患者の情報収集や業務内容が倍増 ・ ペア間の不平等さを自覚 ・ ペア間の意見の相違が存在
ペア同士で十分に情報収集	<ul style="list-style-type: none"> ・ PNS 導入後のメリットを認識 ・ 情報収集の不足部分をお互いに補完 ・ 充実した情報収集が可能 ・ 十分な情報収集を心がけ ・ ペアによって情報収集が補完
精神状態が不安定な患者に穏やかに対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 不穏状態の患者対応時の精神的負担の減少 ・ 不穏状態の患者に迅速に対応 ・ 不安定な患者からのトラブルが減少 ・ 精神状態が不安定な患者を円滑にケア ・ ひとりで患者の精神状態の判断や介入することに不安 ・ 難しい患者への対応に抵抗感が減少
ペアで確認しあうことで過失を予防	<ul style="list-style-type: none"> ・ ペアとの業務分担で空いた時間に患者と会話 ・ ペア同士で確認することで業務を補い合う ・ 業務の見落としが減少
PNS を職場教育に利用	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後輩への OJT を実践 ・ 後輩看護師の相談を受け入れ ・ 判断に迷うときは先輩看護師に譲歩 ・ 看護上の判断や精神的ケアを相談 ・ 後輩育成の重要性を認識
能率的な業務として実践	<ul style="list-style-type: none"> ・ 超過勤務が減少 ・ 業務の調整が簡便 ・ 業務を調整する時間が減少 ・ ケアの負担が軽減 ・ ペアとのコミュニケーションが増加 ・ 記録時間の短縮化を実践 ・ PNS 導入による負担は皆無

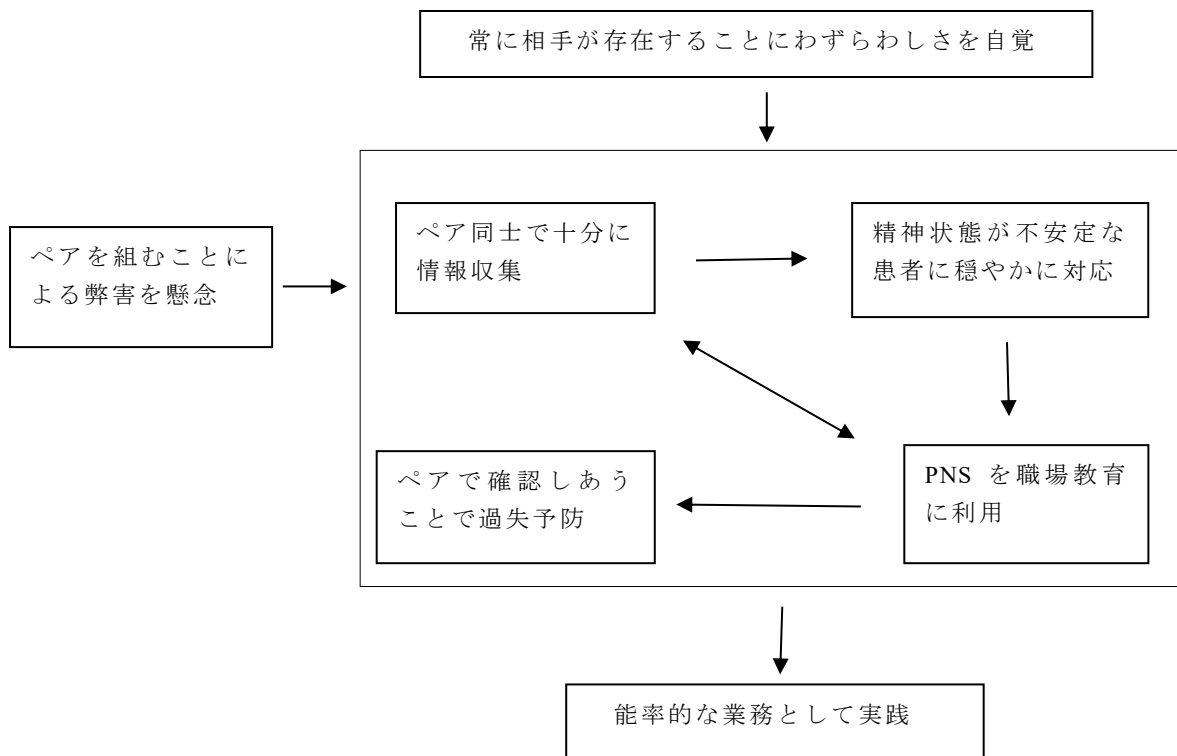


図 1 精神科病棟における PNS 運用の実際と工夫

—研究報告—

「在宅療養支援のための多職種連携研修」の検討

—研修受講者の多職種連携の現状から—

多川 晴美, 小野 幸子, 平岡 葉子

滋賀医科大学医学部附属病院看護臨床教育センター

Interprofessional Collaborative Program of Human Development for Home Care Support, and provides reference data for future training programs

Harumi TAGAWA, Sachiko ONO and Youko HIRAOKA

Clinical Education Center for Nurse, Shiga University of Medical Science Hospital

要旨 在宅療養支援のための多職種連携人材育成研修受講者の多職種間のつながりや連携の現状を明らかにし、今後の研修プログラムの検討資料を得ることを目的に調査した。研究方法は、平成 26 年度研修受講者 125 名を対象に、信頼性・妥当性が確認された「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」「在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度」を使用し、受講前に測定した。経験年数の多いグループと少ないグループ、多職種連携会議へ参加しているグループと参加していないグループについて、得点の有意差を Mann-Whitney 検定を行った。有効回答 97 名 (77%) で、職種の内訳は看護師 74 名 (77%)、薬剤師 8 名 (8%)、介護福祉士 5 名 (5%)、その他 10 名 (10%) であった。

経験年数の多いグループと少ないグループの比較では、「顔の見える関係評価尺度」は 7 因子中、1 因子のみ経験の多いグループが、有意に得点が高かった。「連携行動評価尺度」では、5 因子中、2 因子で経験の多いグループが、有意に得点が高かった ($p < 0.05$)。多職種会議に参加しているグループとしていないグループの比較では、「顔の見える関係評価尺度」は 7 因子全ての項目で会議に参加しているグループが、有意に得点が高かった。「連携行動評価尺度」では、3 因子で会議に参加しているグループが、有意に得点が高かった ($p < 0.05$)。

キーワード 在宅療養支援、多職種連携、多職種連携研修、評価尺度

はじめに

超高齢化が進む我が国において、政府は 2012 年を地域包括ケア元年と位置づけ、2012 年度の診療報酬と介護報酬の同時改定、2011 年度から開始された在宅医療連携拠点事業¹⁾など、地域における「医療と介護の連携」を強化するための対策を推進している。在宅医療・介護連携を進めていくに当たり、多職種の研修は重要であり、研修プログラムの開発、実践の取り組みが始まっている。2014 年「在宅療養支援のための多職種人材育成研修」プログラム (表 1) を作成、実施した。研修には、県内の薬剤師、訪問看護師、理学療法士、栄養士、歯科衛生士、介護福祉士、介護支援専門員などが受講している。今後、医療と介護の連携推進の成果を客観的に捉え評価することは重要である。この研修が多職種連携を推進し、在宅療養支援のケアの

質向上につながるプログラムにするためにも、本プログラムの受講者の多職種連携の現状を明らかにしたいと考えた。今まで、多職種連携の状況を調査した研究は少ない。また、国内外における地域の医療介護職間の多職種連携の程度を評価する尺度はなかったが、2014 年に福井により「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」²⁾と「在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度」³⁾が作成され、信頼性および妥当性が確認された。本プログラム実施県の在宅医療の連携状況や課題などを評価したものはなく、在宅医療経験年数、多職種会議の参加経験、職種による多職種間のつながりや連携がどの程度なのか現状を明らかにし、在宅療養支援のための多職種人材育成研修プログラムの検討資料としたいと考えた。

Received: January 16, 2017.

Accepted: April 13, 2017.

Correspondence: 滋賀医科大学医学部附属病院看護臨床教育センター 多川 晴美

〒520-2192 大津市瀬田月輪町

mimari2@belle.shiga-med.ac.jp

表 1. 「在宅療養支援のための多職種人材育成研修」プログラム

【研修目的】在宅療養における適切なチーム医療を行うために、多職種が共通言語を持ち、実践能力の向上を目指す

【対象】在宅療養に携わっている医療・介護職

【研修方法】講義・演習・フィジカルアセスメント・グループワーク

【研修内容】生活を支える視点で、多職種が在宅療養に関連した知識と技術が向上する

①栄養・嚥下・口腔ケア ②呼吸ケア ③排泄ケア（ストーマ） ④皮膚ケア（褥瘡） ⑤緩和ケア

方法

1. 研究対象

平成 26 年度（平成 26 年 6 月～平成 27 年 2 月）「在宅療養支援のための多職種人材育成研修」受講者 125 名を本研究の対象者とした。

2. データ収集方法

信頼性および妥当性が確認された以下の二つの尺度を使用（許諾済み）して、研修受講前に取得したデータで調査した。

(1)「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」(7 因子『他の施設の関係者とやりとりができる』『地域の他の職種の役割がわかる』『地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる』『地域の多職種で会ったり話し合う機会がある』『地域に相談できるネットワークがある』『地域のリソース（資源）が具体的にわかる』『退院前カンファレンスなど病院と地域の連携がよい』21 項目から構成されている。総得点が 105 点満点の連携の最も基本部分となる顔の見える関係の程度を評価した。

(2)「在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度」(5 因子『チームの関係構築』『意思決定への支援』『今後に関する専門職の判断の共有』『ケアの統一』『連絡体制』17 項目から構成されている。総得点が 85 点満点の 1 人の利用者に対して規範となる連携行動が実行できた程度を評価した。

3. データ分析方法

「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」「在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度」の得点を、経験年数と先行調査⁴⁾で影響のあった多職種連携会議への参加について得点の有意差を検定した。経験年数は、臨床経験を重ねることによりその実践能力を高めることができると明らかにされており、経験年数の少ないグループ（0～10 年）と経験年数の多いグループ（11～40 年）の 2 グループに分けた。多職種会議は、地域ケア会議やサービス担当者会議、退院調整会議等の多職種会議参加の有無で 2 グループに分けた。Mann-Whitney 検定により各尺度の得点を比較した。

4. 倫理的配慮

滋賀医科大学医学部附属病院看護研究倫理審査会の承認（承認番号：H27-01）を得た。研究対象へは研究目的と内容、調査票の提出は任意であり提出をもって同意が得られたものとする、提出した調査票の撤回は可能であること、データはコード化され管理されるため個人は特定されないこと、調査結果は、学会等で公開するが、その際に個人が特定されることはないことを明記した調査依頼状にて説明を行い協力依頼した。調査票の提出をもって同意が得られた者とした。

結果

1. 対象者（表 2）

同意が得られた 125 名中、有効回答は 97 名（77.6%）であった。職種の内訳は看護師 74 名（76.3%）、薬剤師 8 名（8.2%）、介護福祉士 5 名（5.2%）、その他 10 名（10.3%）であった。

表 2. 対象者

職種	人数 (%)	平均年齢	実務経験年数
看護師	74(77%)	37.1±9.72	12.5±9.7
薬剤師	8(8%)	42.5±10.3	15.3±10.6
介護福祉士	5(5%)	34.0±15.1	11.2±5.8
その他	10(10%)	35.0±11.5	11.8±9.1

2. 経験年数の多少による各下位尺度得点の相違：全職種（表 3）

「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」では、『他の施設の関係者とやりとりができる』因子のみ経験年数の多いグループで有意に得点が高く（ $p < 0.05$ ）、その他の因子では有意差は認めなかった。

「在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度」では、『チームの関係構築』『ケアの統一』2 因子で経験年数の多いグループが、有意に得点が高かった（ $p < 0.05$ ）。

3. 多職種会議への参加の有無による各下位尺度得点の相違：全職種（表 4）

「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」では、7 因子全てで参加しているグループが、有意に得点が高かった（ $p < 0.05$ ）。「在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度」では、『チームの関係構築』『意思決定への支援』『ケアの統一』の 3 因子で会議に参加しているグループが、有意に得点が高かった（ $p < 0.05$ ）。

表 3. 経験年数の多少による各下位尺度得点の相違：全職種

尺度	因 子 (得点)	経験年数の少ない グループ(0～10年) n=45	経験年数の多い グループ(11～40年) n=52	p値
		中央値	中央値	
在宅医療介護 従事者における 顔の見える関係 評価尺度 ²⁾ (7分類21項目)	1. 他の施設の関係者とやりとりができる (得点の範囲は3～15点)	10.00	12.00	0.035
	2. 地域の他の職種の役割がわかる (得点の範囲は3～15点)	9.00	10.00	0.350
	3. 地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる (得点の範囲は3～15点)	8.00	9.00	0.470
	4. 地域の多職種で会ったり話し合う機会がある (得点の範囲は3～15点)	10.00	11.00	0.612
	5. 地域に相談できるネットワークがある (得点の範囲は3～15点)	10.00	12.00	0.391
	6. 地域のリソース(資源)が具体的にわかる (得点の範囲は3～15点)	10.00	12.00	0.244
	7. 退院前カンファレンスなど病院と地域の連携がよい (得点の範囲は3～15点)	12.00	11.50	0.679
在宅医療介護 従事者における 連携行動評価 尺度 ³⁾ (5分類17項目)	1. チームの関係構築 (得点の範囲は5～25点)	16.00	19.00	0.003
	2. 意思決定への支援 (得点の範囲は4～20点)	16.00	16.00	0.440
	3. 今後に関する専門職の判断の共有 (得点の範囲は3～15点)	11.00	12.00	0.749
	4. ケアの統一 (得点の範囲は3～15点)	10.00	12.00	0.038
	5. 連絡体制 (得点の範囲は2～10点)	6.00	7.00	0.308

p<0.05

表 4. 多職種会議への参加の有無による各下位尺度得点の相違：全職種

尺度	因 子 (得点)	多職種会議に参加 しているグループ n=46	多職種会議に参加 していないグループ n=51	p値
		中央値	中央値	
在宅医療介護 従事者における 顔の見える関係 評価尺度 ²⁾ (7分類21項目)	1. 他の施設の関係者とやりとりができる (得点の範囲は3～15点)	12.00	9.00	<0.001
	2. 地域の他の職種の役割がわかる (得点の範囲は3～15点)	11.00	9.00	0.038
	3. 地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる (得点の範囲は3～15点)	9.00	7.00	0.003
	4. 地域の多職種で会ったり話し合う機会がある (得点の範囲は3～15点)	12.00	9.00	0.004
	5. 地域に相談できるネットワークがある (得点の範囲は3～15点)	12.00	10.00	0.001
	6. 地域のリソース(資源)が具体的にわかる (得点の範囲は3～15点)	12.00	10.00	0.004
	7. 退院前カンファレンスなど病院と地域の連携がよい (得点の範囲は3～15点)	12.00	10.00	0.007
在宅医療介護 従事者における 連携行動評価 尺度 ³⁾ (5分類17項目)	1. チームの関係構築 (得点の範囲は5～25点)	19.00	16.00	<0.001
	2. 意思決定への支援 (得点の範囲は4～20点)	16.00	15.00	0.010
	3. 今後に関する専門職の判断の共有 (得点の範囲は3～15点)	12.00	11.00	0.140
	4. ケアの統一 (得点の範囲は3～15点)	12.00	10.00	0.022
	5. 連絡体制 (得点の範囲は2～10点)	7.00	6.00	0.088

p<0.05

考察

経験年数の少ないグループと多いグループの比較において、「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」では、『他の施設の関係者とやりとりができる』の1因子のみ経験年数の多いグループが、得点が高かった。「在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度」では、『チームの関係構築』『ケアの統一』2因子が経験年数の多いグループが、得点が高かった。このことより、経験年数の多少では、相違があまりないことが示唆された。これは、福井⁴⁾らが行った先行調査と同様の結果であった。しかし、『チームの関係構築』『ケアの統一』が、有意に得点が高いことから、経験年数の多い人が少ない人より、コミュニケーション能力の高さがうかがえ、研修グループ編成時には、経験年数を考慮する必要があると考える。

多職種会議に参加しているグループと参加していないグループの比較においては、「在宅医療介護従事者

における顔の見える関係評価尺度」では、7因子全てで参加しているグループが、高得点であった。「在宅医療介護従事者における連携行動評価尺度」では、『チームの関係構築』『意思決定への支援』『ケアの統一』の3因子で会議に参加しているグループが、得点が高かった。会議参加者の「顔の見える関係」「連携力」得点が高く、多職種が同じ場所で課題を共有することが連携力を高めていることが考えられる。お互いの顔が見え、コミュニケーションが持てる場を設定した研修プログラムにすることが重要である。

安井⁵⁾らは、多職種連携推進の重要な課題としてコミュニケーション、情報共有、リーダーシップを挙げている。また、吉川⁶⁾らは、連携の困難について知識・経験不足から来る連携への躊躇、在宅療養への理解不足、連携相手への信頼感の低下、チームとしての人間関係構築の難しさ、情報共有の難しさを抽出している。今後、現状の研修プログラムに、これらの課題に基づいたシナリオによるシミュレーション教育シチュエーション・ベースド・トレーニングを取り入れることが

できれば、多職種会議に参加することと同様の効果を得る経験につながるのではないかと考える。これは、シミュレーター相手に手技修得のために行われる学習ではなく、臨床で遭遇する患者の状態や状況を取りあげてケアを提供していくという、状況に基づいたシミュレーションである。シミュレーション教育とは、阿部⁷⁾は実際の臨床の場や患者など再現した学習環境のなかで、学習者が課題に対応する経験と振り返りやディスカッションを通して、「知識・技術・態度」の統合を行うことにより、反省的实践化を育てていく教育と定義している。学習内容に合わせた患者状態や状況の設定が可能であり、場面に応じて適した職種がリーダーシップを発揮し、各職種のコンピテンシーを知る機会を、作ることができる考える。

今回、職種別の特徴について評価できなかったが、廣谷⁸⁾らは、薬剤師による在宅医療支援研修の要望について、在宅関連の多職種連携の実際、患者・家族への対応や要望、フィジカルアセスメントなどの習得とその活用方法であったと述べている。現状のプログラムで習得可能な内容が含まれていると考える。しかし、看護師だけでなく他の職種が参加しやすい日程調整や、研修意図が認知できる広報を行っていくことが必要である。

近年は、専門知識だけでなく、他の専門職について理解し、チームとして問題解決できる能力をもつ人材を育成するため、2000年以降、大学の卒前教育において、多職種連携教育 IPE (inter-professional education) への実践的取り組みが始まっている。しかし、まだ教育が始まって日が浅く、今後、教育効果が期待されている。そのため、専門職における卒後教育としても、本研修の多職種連携教育は重要であると考えられる。

おわりに

在宅療養支援のための多職種人材育成研修受講者へのアンケート調査により、経験年数と多職種会議への参加と「顔の見える関係」および「連携力」との関係を検討した結果、経験年数の長さは「顔の見える関係」や「連携力」と強い関係を示さなかったが、多職種会議への参加は「顔の見える関係」、「連携力」と関連することが示唆された。在宅医療に関連する研修プログラムでは、多職種会議に参加することと同様のコミュニケーションや課題を共有する場面を設定することが重要である。そのためにも、様々な職種が多数研修に参加できる環境整備に取り組むことも必要であると考えられた。

本研究の限界と課題

研修参加者の約 7 割強が看護師で占められており、職種別の連携の特徴を評価することができなかった。

文献

- [1] 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室：平成 24 年度在宅医療連携拠点事業総括報告書，P3，2013.
- [2] 福井小紀子．「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」の適切性の検討，日在医会誌，16（1），p. 5-11，2014.
- [3] 福井小紀子．「在宅医療連携拠点事業」の成果と展望，訪問看護と介護，19(1)，p. 16-23，2014.
- [4] 前掲書 3)
- [5] 安井浩樹．網岡克雄．青松棟吉．阿部恵子．平川仁尚．倉田洋子．野田雄二．植村和正．地域における多職種連携推進ワークショップ，医学教育，42（5），p. 289-293，2011.
- [6] 吉川峰子．長谷川美香．在宅医療・ケア実践者が認識している連携時の困難，第 44 回日本看護学会論文集（地域看護），p. 35-38，2014.
- [7] 阿部幸恵編．看護のためのシミュレーション教育．東京，医学書院，56-58，2013.
- [8] 廣谷芳彦．榎本和加子．浦嶋庸子．名徳倫明．地域ブロック在宅医療支援研修会の評価と薬剤師の意識．癌と化学療法 41 (Suppl I)，47-49，2014.

—Miscellaneous—

Community Health System Assessment for Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion in Indonesia: A Nursing Perspective

Mayumi MIZUTANI ¹⁾, Junko TASHIRO ²⁾, MAFTUHAH ³⁾

1) Department of Public Health Nursing, Shiga University of Medical Science

2) Graduate School of Nursing Science, St. Luke's International University

3) Syarif Hidayatullah State Islamic University Jakarta, Indonesia

Abstract As in many countries, noncommunicable diseases (NCDs) are a significant health problem in Indonesia. This assessment of Indonesia's community health system identified areas that could be strengthened in order to promote the development and implementation of a community health program for NCD prevention and health promotion in the country. In doing so, key components of a well-functioning community health system were assessed based on information obtained from the websites of the World Health Organization, the Indonesian Ministry of Health, Provincial Health Office, Ministry of Education, Ministry of Research Technology and Higher Education, and Nursing Association. Even though a national strategic health plan for NCD prevention and health promotion has been developed, progress with respect to this initiative at the provincial and district levels has not been adequately documented. However, the Indonesian Ministry of Health has recently commenced national community-based research in the form of a survey that is conducted at the district level. Despite the fact that community health posts provide services such as the measurement of body mass index, blood pressure, and blood glucose, in addition to education concerning smoking, exercise, and one's diet, the extent to which such services are implemented differs among provinces. Factors that hinder provision of community health services for NCD prevention and health promotion include regional disparities with respect to nursing personnel, a limited understanding of what NCD prevention and control entails in relation to community health nursing, and sparse coverage of adult nursing in nursing curricula. Therefore, in order to strengthen the development and implementation of a community health program for NCD prevention and health promotion, it is essential to use the results obtained from the survey to develop and implement health policies for NCD prevention and health promotion that meet the specific needs of each district. It is also necessary to integrate NCD prevention and health promotion into the national standard for community health nursing. Likewise, it is important for basic nursing education to place greater emphasis on life-course perspectives, prevention, and promotion.

Keywords health promotion, health systems, Indonesia, noncommunicable diseases, nursing education, public health nursing

Introduction

1. Social background

Indonesia is an archipelago located in Southeast Asia. It comprises over 13,000 islands, including five main islands (i.e., Sumatra, Java, Kalimantan, Sulawesi, and Papua). It is administratively divided into 34 provinces (Table 1), with 514 districts and municipalities at the same level underneath them [1].

The country's population comprises approximately 255

million people [1]. The percentage of working age (15–64 year old) and elderly (65+ year old) individuals increased respectively from 65.7% and 4.7% in 2004 to 67.3% and 5.4% in 2015 [1-2]. Owing to a surge in working age and elderly individuals, more people are presently at risk for noncommunicable diseases (NCDs).

Indonesia has a diverse culture that includes hundreds of ethnic groups with unique languages. Despite such diversity, the country is unified through its national language, Bahasa Indonesia [3]. The majority (87%) of

Received: January 13, 2017.

Accepted: April 27, 2017.

Correspondence: Mayumi Mizutani, Department of Public Health Nursing, Shiga University of Medical Science
mayumi@belle.shiga-med.ac.jp

Indonesians are Muslims [4]. Muslims are required to believe in and practice Islam's five pillars: (1) the *shahadah* (declaration that there is no God but Allah and Muhammad is his messenger); (2) *salat* (praying five times daily); (3) *zakat* (giving alms to the poor and needy); (4) *sawm* (fasting during the month of Ramadan); and (5) *hajj* (performing a pilgrimage to Makkah) [5]. *Ketuhanan Yang Maha Esa* (belief in one supreme God) is the country's national philosophy [6], which potentially influences people's lives and perceptions.

Following an economic crisis in the 1990s, Indonesia's economy resumed its growth. The per capita gross national income dropped from US \$620 in 1990 to US \$560 in 2000 and then increased to US \$3,440 in 2015 [7]. This economic growth combined with urbanization has caused lifestyle changes in Indonesia [8]. In particular, people have increased their consumption of packaged foods, vegetable oils, meats, fish/seafood, fruits, and vegetables [8].

Table 1. Administrative Provinces in Indonesia

Provinces	
1	Aceh
2	North Sumatra
3	West Sumatra
4	Riau
5	Jambi
6	South Sumatra
7	Bengkulu
8	Lampung
9	Bangka Belitung Islands
10	Riau Islands
11	DKI (Special Capital Region of) Jakarta
12	West Java
13	Central Java
14	DI (Special Region of) Yogyakarta
15	East Java
16	Banten
17	Bali
18	West Nusa Tenggara
19	East Nusa Tenggara
20	West Kalimantan
21	Central Kalimantan
22	South Kalimantan
23	East Kalimantan
24	North Kalimantan
25	North Sulawesi
26	Central Sulawesi
27	South Sulawesi
28	Southeast Sulawesi
29	Gorontalo
30	West Sulawesi
31	Maluku
32	North Maluku
33	West Papua
34	Papua

2. Status of NCDs

Indonesia is an emerging nation. As with other middle-income countries, NCDs rather than communicable diseases are presently the cause of most deaths. The percentage of deaths that were attributable to NCDs increased from 25% in 1980, to 49% and 71% in 2000 and

2012, respectively [9-10]. Cardiovascular diseases in particular are a leading cause of death in Indonesia [10].

CERDIK encompasses practices recommended by the Indonesian Ministry of Health for health promotion, the prevention of NCDs, and the reduction of risk factors associated with NCDs [11]. CERDIK is an acronym that stands for *cek kesehatan secara berkala* (periodic health checkups), *enyahkan asap rokok* (smoking cessation), *rajin aktivitas fisik* (regular physical activity), *diet sehat dan seimbang* (a healthy and balanced diet), *istirahat cukup* (sufficient rest), and *kendalian stress* (stress management). However, Indonesians continue to struggle with the implementation of healthy practices. For instance, on average Indonesians consume 15 grams of salt daily [12] — which is three times higher than the amount recommended by WHO [13]. In addition, 72% of Indonesian men consume tobacco, which is substantially higher than the global average of 36% [14].

Recently, the Indonesian Ministry of Health has prioritized preventive and promotive primary health care [15]. A national policy and strategy for NCDs was formulated in 2003, which encompassed health promotion, increasing surveillance, and improving the delivery of health services and the management of NCDs. Subsequently, the Directorate of Noncommunicable Diseases was established at the Ministry of Health [16]. Nevertheless, few studies to date have assessed Indonesia's community health system with respect to NCD prevention and health promotion.

According to WHO, a well-functioning health system can respond to people's health needs by improving the health status of individuals, families, and communities. Moreover, WHO asserts that a well-functioning health system should include six key components: leadership and governance, service delivery, essential medical products/technologies, health financing, health information systems, and human resources for health [17]. Describing and assessing the key components of a community health system for the prevention of NCDs and health promotion is an important first step towards developing effective district-specific health strategies and NCD interventions. This study describes and assesses key components of a community health system for NCD prevention and health promotion in order to strengthen the development and execution of community health programs for NCD prevention and health promotion in Indonesia.

Methods

Information regarding community health systems for NCD prevention and health promotion was obtained from the websites of WHO, the Indonesian Ministry of Health,

Provincial Health Office, Ministry of Education, Ministry of Research Technology and Higher Education, and Nursing Association. The keywords *pencegahan penyakit tidak menular* (NCD prevention) and *promosi kesehatan* (health promotion) were searched for. Noteworthy information for strengthening the development and implementation of community health program for NCD prevention and health promotion was then organized and assessed according to the six aforementioned key components identified by WHO [17].

Results

Information pertaining to six key community health system components for NCD prevention and health promotion in Indonesia was identified.

1. Leadership and governance

The organizational structure of the health system for NCD prevention and health promotion is divided according to administrative level and health institution (Table 2) [18–19].

Table 2. Organizational Structure of the Health System for NCD Prevention and Health Promotion

Administrative level	Health institution
National	Departmen Kesehatan (Ministry of Health)
Province	Dinas Kesehatan Provinsi (Provincial Health Office)
District	Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota (District / City Health Office)
Sub-district	Puskesmas (Community health centers)
Villages	Posbindu-PTMs (Integrated health posts)

At the national level, there is a strategic policy for NCD prevention and control, and specific evaluation indicators have been set. The Ministry of Health's Strategic Plan for 2010–2014 prioritizes NCD control by focusing on early detection and risk factors [20]. Likewise, the WHO Country Office for Indonesia emphasizes NCDs in its five strategic priorities [21]. The Ministry of Health's current strategic plan for 2015–2019 includes five specific evaluation indicators for controlling NCDs: (1) percentage of *pusat kesehatan masyarakat* (community health centers, or *puskesmas*) that conduct integrated NCD control; (2) percentage of districts/cities that have *kawasan tanpa rokok* (non-smoking area) policies; (3) percentage of villages that have *pos pembinaan terpadu pengendalian penyakit tidak menular* (integrated health posts for controlling NCDs, or *posbindu-PTMs*); (4) percentage of women aged 30–50 years who have undergone early

cervical and/or breast cancer detection; and (5) percentage of districts/cities wherein medical examinations of drivers are conducted at main terminals [22].

According to the Indonesian Ministry of Health, NCD control activities and health promotion are required at the national, provincial, and district/city levels. Every province and district must assess and map their existing health policies and develop policies to support NCD control [23]. However, the Ministry of Health did not provide a clear overview of the actual status of such policies with respect to their implementations.

2. Service delivery and essential medical products/technologies

At the primary health care level, Indonesia has relatively adequate levels of provision, with an average of one public community health center for every 30,000 people [24]. Health care facilities in Indonesia provide promotive, preventive, curative, and rehabilitative health care. These services are covered under the country's universal health coverage system that was launched in 2014, which is called *jaminan kesehatan nasional* (national health insurance). It aims to cover the entire population by 2019 [25]. As of December 2015, it covered 61% of Indonesia's population (156,790,287 people) [1].

Puskesmas are health facilities that oversee both public and individual health efforts, with emphasis placed on promotive and preventive activities in order to achieve the highest degree of community health [26]. These facilities are linked to community-level health posts called *posbindu-PTMs*, which emphasize the prevention, early detection, and control of NCDs among individuals aged 25 years or older. *Posbindu-PTMs* began operating in 2011; by 2013, there were 7,225 posts throughout the country [22]. Health posts can measure a given patient's body mass index, cholesterol, blood pressure, and blood glucose, as well as provide counseling, health education, and facilitate physical activities [19]. These services are performed by community health volunteers in village offices, and are supervised by *puskesmas* in conjunction with their respective district health offices.

Nevertheless, the amount of emphasis placed on NCD prevention and control by *puskesmas* differs among provinces. As of 2013, only 34% of *puskesmas* integrated NCD prevention and control into their programs. In this regard, the best-performing provinces included Central Java, South Suwawesi, the Bangka-Belitung Islands, the Special Region of Yogyakarta, and West Sumatera, wherein 100% of all *puskesmas* addressed NCD prevention and control. In contrast, the worst performing province was West Java, wherein only 3.5% of its *puskesmas* addressed NCD prevention and control [27].

3. Health financing

The amount of funds allocated to health by the Indonesian government in 2012 was equal to 3% of its gross domestic product. This is lower than the global average of 8.6%, as well as the average for lower-middle income countries, which is 4.1% [14]. Following decentralization in 2001, most of the country's health budget was derived from districts. For example, 73% of West Java's health budget is obtained from the districts it comprises [28]. Indeed, as noted by the Indonesian Ministry of Health, the lack of financial resources available to local governments for NCD prevention and health promotion poses a serious challenge [23].

4. Health information systems

The government's decentralization of the health system caused a partial disruption of health information systems and led to inaccurate reporting [24]. Consequently, it is difficult to access comprehensive data covering the entire nation. However, in 2007, the Indonesian Ministry of Health developed *riset kesehatan dasar* (basic health research, or *riskesdas*), and began conducting a survey every 5–6 years. The survey measures indicators such as health status (e.g., the morbidity of NCDs and their risk factors, including cardiovascular diseases, cancer, hypertension, and diabetes), health behaviors (e.g., food consumption, physical activities, and tobacco use), and various aspects of health care (e.g., accessibility and affordability) [29].

5. Human resources for health from a nursing perspective

According to Law No. 36 Year 2014, health workers are grouped into 13 types (Table 3) [30]. Among a total of 647,170 health workers in Indonesia in 2015, nursing personnel accounted for the most at 35% (223,910), followed by midwifery personnel at 17% (111,736) [1]. The number of nurses for every 100,000 persons varied between 48 and 211 depending on province. North Kalimantan had the greatest number of nurses for every 100,000 persons (211), whereas West Java had the least (48) [1].

Puskesmas include eight types of health workers (Table 3) [26]. Among a total of 219,860 health workers in puskesmas as of 2015, midwives accounted for the highest number at 36% (79,314), followed by nurses at 33% (73,311) [1]. The number of nurses at puskesmas for every 100,000 persons varied between 10 and 96 depending on province. North Kalimantan had the greatest number of nurses for every 100,000 persons (96), whereas Jakarta and West Java had the least (10 and 12, respectively) [1]. The Indonesian government is attempting to increase the

number of health personnel in remote, underdeveloped, and bordering areas.

Table 3. Types of Health Workers (HWs)

Types of HWs		HWs in puskesmas
1	Medical personnel	✓
2	Clinical psychology personnel	
3	Nursing personnel	✓
4	Midwifery personnel	✓
5	Pharmacy personnel	✓
6	Public health personnel	✓
7	Environmental health personnel	✓
8	Nutrition personnel	✓
9	Physical therapy personnel	
10	Medical technical personnel	
11	Biomedical technical personnel	✓
12	Traditional health workers	
13	Other health workers	

The duties of nurses are specified in Law No. 38 Year 2014 on Nursing. In addition to provisions for individual nursing care, the law promotes the facilitation of public nursing care through community assessment, planning, implementation/evaluation, health education, and community empowerment [31]. Moreover, if the number of doctors in a given community is limited, nurses are permitted to supply patients with medicine for common diseases [31]. Likewise, public health personnel are responsible for conducting statistical analysis and promoting health in communities [30].

Keperawatan kesehatan masyarakat (public health nursing or *perkesmas*) is one of the main activities of puskesmas; it involves professional preventive and promotive nursing services for entire communities, with emphasis placed on high-risk groups [32]. The areas covered by public health nursing include health promotion, maternal/child health, nutrition, communicable diseases, healthy environments, and treatment [32]. Sparse attention, however, is afforded to NCD prevention and control.

Basic nursing education in Indonesia has been shifting to the domain of higher education in recent years. Bachelor's degree programs in nursing increased from 9 in 2000 to 318 in 2011 [33–34]. As a result, the number of nurses with bachelor's degrees has grown. For instance, among nurses who work in puskesmas in the West Java province, only 0.6% possessed bachelor's degrees in 2007; however, by 2012 this number rose to 66.7% [35–36]. Indeed, steps to ensure the quality of students' education upon graduation have been taken, such as the national competency examinations that began in 2013 [37].

Regarding the basic nursing education program, there are five core courses comprising 96 credits, as well as 14–24 additional credits that are determined by individual institutions. Hence, the basic nursing program includes

110–120 credits (Table 4). As part of the nursing skills course, the subject of medical and surgical nursing accounts for the greatest number of credits (14 credits), followed by maternal nursing (6 credits), pediatric nursing (6 credits), community nursing (6 credits), mental health nursing (6 credits), gerontologic nursing (2 credits), family nursing (2 credits), and emergency nursing (2 credits) [38]. The subject of medical and surgical nursing covers clinical nursing care for people with diseases; however, the amount of time devoted to adult nursing from the perspective of preventive and promotive care at the community level is limited.

Table 4. Basic Nursing Education Program

Courses		Credits
Core courses		96
(Development and personality)		(6)
(Expertise and skill)		(16)
(Nursing skills)		(44)
(Working behavior)		(22)
(Social life)		(8)
Additional courses		14–24
Total		110–120

Finally, the education level of nursing lecturers has not reached the national target. According to the Ministry of Education, lecturers in bachelor's nursing programs should possess at least a master's degree; however, most (74%) have only a bachelor's degree [39].

Discussion

Key components of Indonesia's community health system for NCD prevention and health promotion were identified and assessed. Since the 2000s, the national strategic health plan for NCD prevention and health promotion has been maturing. The Indonesian Ministry of Health requires health policies for NCD prevention and health promotion to be developed at both the provincial and district levels; nevertheless, the status of such development has not been adequately documented. The Ministry of Health recently commenced national, community-based research, which includes conducting surveys in each district; such efforts are essential to developing and implementing health policies for NCD prevention and health promotion in each district, as well as for evaluating the progress of their implementations.

Although community health services for NCD prevention and health promotion are provided by posbindu-PTMs, their degree of implementation differs among provinces. Issues that hinder providing community health services for NCD prevention and health promotion include regional disparities with respect to nursing personnel, a

limited understanding of what NCD prevention and control in relation to community health nursing entails, and sparse coverage of adult nursing in nursing curricula.

It is therefore imperative to integrate NCD prevention and health promotion into the national standard for community health nursing. It is likewise important for basic nursing education to place greater emphasis on life-course perspectives, prevention, and promotion by covering the subject of adult nursing. Both globally and nationally, health care with a life-course perspective is important for NCD prevention and health promotion [40–41]. Consistent with other countries, the risk of NCDs for Indonesians is greater among individuals aged 40 and over [42]. Thus, it is important to include adult nursing in nursing curricula so that nurses can provide preventive and promotive health care for adults.

Moreover, in Indonesia, 14–24 credits of basic nursing education curricula can be added by individual institutions to the number of credits required at the national level. Hence, individual institutions should include nursing care that takes a given district's unique health needs into account, thereby enabling nurses to address the specific needs of their patients.

In conclusion, strengthen the development and implementation of a community health program for NCD prevention and health promotion in Indonesia, it is essential to use the results obtained from the survey to develop and implement health policies for NCD prevention and health promotion that meet the specific needs of each district. It is also necessary to integrate NCD prevention and health promotion into the national standard for community health nursing. Likewise, it is important for basic nursing education to place greater emphasis on life-course perspectives, prevention, and promotion.

Acknowledgement

This work was supported by JSPS KAKENHI Grant Number JP15H06291.

References

- [1] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Indonesian Ministry of Health] (2016). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015 [Indonesia health profile 2015]. Retrieved January 7, 2017 from <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdati n/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-Indonesia-2015.pdf>
- [2] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Indonesian Ministry of Health] (2006). Profil kesehatan Indonesia 2004 [Indonesia health profile 2004]. Retrieved March, 2017 from <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdati n/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan->

- indonesia-2004.pdf
- [3] World Health Organization Country Office for Indonesia (2008). WHO country cooperation strategy 2007-2011 – Indonesia. Retrieved March, 2017 from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161141/1/WHO%20country%20cooperation%20strategy%202007-2011%2c%20Indonesia.pdf>
 - [4] Badan Pusat Statistik (2010). Penduduk menurut wilayah dan agama yang dianut [Population by Region and Religion]. Retrieved March, 2017 from <http://sp2010.bps.go.id/index.php/site/tabel?tid=321>
 - [5] Penney, S. (1999). *Discovering religions: Islam foundation edition*. Portsmouth NH: Heinemann.
 - [6] Atqa, M. (2010). Religious expression in Indonesia – A sociological study of Ahmadiyya movement. *OIDA International Journal of Sustainable Development*, 1(6), 19-31.
 - [7] World Bank (2016). GNI per capita. Retrieved March, 2017 from <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD>
 - [8] Rada, N. & Regmi, A. (2010). Trade and food security implications from the Indonesian agricultural experience. (United States Department of Agriculture). Retrieved September 9, 2011 from <http://www.ers.usda.gov/Publications/WRS1001/WR1001.pdf>
 - [9] Indonesian Ministry of Health & World Health Organization (2006). Monitoring and evaluation of the integrated community-based intervention for the prevention of noncommunicable diseases in Depok, West Java, Indonesia. Retrieved January 7, 2017 from http://www.who.int/chp/steps/STEPS_Report_Indonesia_Depok_2006.pdf
 - [10] World Health Organization (2014). Noncommunicable diseases country profiles 2014. Retrieved January 7, 2017 from http://www.who.int/nmh/countries/idn_en.pdf
 - [11] Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Directorate General of Disease Control and Environmental Health, Indonesian Ministry of Health] (2013). Informasi Terkait Penyakit Tidak Menular [Information related to noncommunicable diseases]. Retrieved March, 2017 from <http://pppl.depkes.go.id/berita?id=1163>
 - [12] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2009). Hindari hipertensi, konsumsi garam 1 sendok teh per hari [Avoid hypertension, consume 1 teaspoon of salt per day]. Retrieved March, 2017 from <http://www.depkes.go.id/pdf.php?id=263>
 - [13] World Health Organization (2013). A global brief on hypertension. Retrieved March, 2017 from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1
 - [14] World Health Organization (2015). World health statistics 2015. Retrieved January 7, 2017 from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1
 - [15] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2009). Pembangunan kesehatan berbasis preventif dan promotif [Preventive and promotive based health development]. Retrieved May 2, 2014 from <http://www.depkes.go.id/index.php?vw=2&id=435>
 - [16] World Health Organization Regional Office for South-East Asia (2007). Scaling up prevention and control of noncommunicable diseases: The SEANET-NCD meeting. Retrieved January 7, 2017 from http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/documents/sea_ncd_79.pdf
 - [17] World Health Organization (2010). Key components of a well functioning health system. Retrieved January 7, 2017 from http://www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.pdf?ua=1
 - [18] World Health Organization Regional Office for South-East Asia (n.d.). Human resources for health country profile Indonesia. Retrieved March 14, 2017 from http://www.searo.who.int/entity/human_resources/data/Indonesia_profile.pdf
 - [19] Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Directorate General of Disease Control and Environmental Health, Indonesian Ministry of Health] (2012). Profil pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan tahun 2011 [Profile of disease control and environmental health 2011]. Retrieved January 7, 2017 from <http://pppl.depkes.go.id/upt?id=85>
 - [20] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Indonesian Ministry of Health] (2010). Rencana strategis kementerian kesehatan tahun 2010-2014 [The strategic plan of the Ministry of Health in 2010-2014]. Retrieved January 7, 2017 from <http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/handle/123456789/703>
 - [21] World Health Organization Country Office for Indonesia (2016). WHO country cooperation strategy Indonesia 2014-2019. Retrieved January 7, 2017 from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250550/1/ccs_idn_2014_2019_en.pdf
 - [22] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Indonesian Ministry of Health] (2015). Rencana strategis kementerian kesehatan tahun 2015-2019 [The strategic plan of the Ministry of Health in 2015-2019]. Retrieved January 7, 2017 from <http://www.depkes.go.id/resources/download/info-publik/Renstra-2015.pdf>
 - [23] Pusat Promosi Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Health Promotion Center, Indonesian Ministry of Health] (2010). Rencana operasional promosi kesehatan dalam pengendalian penyakit tidak menular [Operational plan for health promotion in control of noncommunicable diseases]. Retrieved January 7, 2017 from http://agus34drajat.files.wordpress.com/2010/10/buku_rencana_operasional_promkes_ptm.pdf
 - [24] World Health Organization Country Office for Indonesia (2008). WHO country cooperation strategy 2007-2011 – Indonesia. Retrieved January 7, 2017 from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161141/1/WHO%20country%20cooperation%20strategy%202007-2011%2c%20Indonesia.pdf>
 - [25] World Health Organization Regional Office for South-East Asia (n.d.). Universal health coverage and health care financing Indonesia. Retrieved March, 2017 from <http://www.searo.who.int/indonesia/topics/hs-uhc/en/>
 - [26] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Indonesian Ministry of Health] (2014). Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 75 tahun 2014 tentang pusat kesehatan masyarakat [Regulation of the health minister of Republic of Indonesia no.75 year 2014 on public health center]. Retrieved January 7, 2017 from <http://pelayanan.jakarta.go.id/download/regulasi/permen-kesehatan-nomor-75-tahun-2014-tentang-pusat->

- kesehatan-masyarakat.pdf
- [27] Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Directorate General of Disease Control and Environmental Health, Indonesian Ministry of Health] (2015). Profil pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan tahun 2014 [Profile of disease control and environmental health 2014]. Retrieved January 7, 2017 from http://www.slideshare.net/budi_hermawan_a/profil-pengendalian-penyakit-dan-penyehatan-lingkungan-2014
 - [28] Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat [West Java province health office] (2015). Tabel profil kesehatan provinsi Jawa Barat tahun 2014 [Table of West Java province health profile 2014]. Retrieved January 7, 2017 from <http://www.diskes.jabarprov.go.id/index.php/arsip/categories/MTEz/profile-kesehatan>
 - [29] Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Agency for Health Research and Development, Indonesian Ministry of Health] (2013). Riset kesehatan dasar 2013 [Basic health research 2013]. Retrieved January 7, 2017 from http://labmandat.litbang.depkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2013/Laporan_riskesdas_2013_final.pdf
 - [30] Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia & Presiden Republik Indonesia [Parliament of Republic of Indonesia & President of Republic of Indonesia] (2014). Undang-undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2014 tentang tenaga kesehatan [Law of the Republic of Indonesia No.36 Year 2014 on health workers]. Retrieved January 7, 2017 from http://gajiroum.kemkes.go.id/gajiroum/data/UU_NO_36_2014.pdf
 - [31] Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia & Presiden Republik Indonesia [Parliament of Republic of Indonesia & President of Republic of Indonesia] (2014). Undang-undang Republik Indonesia nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan [Law of the Republic of Indonesia No.38 Year 2014 on nursing]. Retrieved March 14, 2017 from <https://ppniqatar.files.wordpress.com/2015/12/uu-38-tentang-keperawatan.pdf>
 - [32] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2006). Pedoman penyelenggaraan upaya keperawatan kesehatan masyarakat di puskesmas (NOMOR 279/MENKES/SK/IV/2006) [Guidelines for implementation of community health nursing efforts in health centers]. Retrieved January 7, 2017 from <http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/bitstream/123456789/796/4/BK2006-G18.pdf>
 - [33] Nursing in the World Editorial Committee (2000). Nursing in the world (3rd ed.). Tokyo: The International Nursing Foundation of Japan.
 - [34] Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia, Asosiasi Institusi Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan Indonesia, dan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2012). Standar pendidikan keperawatan Indonesia [Indonesian nursing education standard]. Retrieved May 2, 2014 from <http://hpeq.dikti.go.id/v2/images/Produk/19.3-Draf-Standar-Pendidikan-Keperawatan-19-Oktober-2012.pdf>
 - [35] Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat [West Java province health office] (2008). Tabel profil kesehatan provinsi Jawa Barat tahun 2007 [Table of West Java province health profile 2007]. Retrieved January 7, 2017 from <https://ja.scribd.com/document/53062101/prov-jabar-2007>
 - [36] Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat [West Java province health office] (2012). Profil kesehatan provinsi Jawa Barat tahun 2012 [West Java province health profile 2012]. Retrieved January 7, 2017 from http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2012/12_Profil_Kes.Prov.JawaBarat_2012.pdf
 - [37] Kementerian Riset Teknologi Dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia [Indonesian Ministry of Research Technology and Higher Education] (2015). Pengumuman pelaksanaan uji kompetensi program DIII kebidanan, DIII keperawatan dan profesi ners tahun 2016 [Announcement of implementation of competency test for diploma III midwifery education, diploma III nursing education, and professional nurse program 2016]. Retrieved January 7, 2017 from <http://www.dikti.go.id/pengumuman-pelaksanaan-uji-kompetensi-program-diii-kebidanan-diii-keperawatan-dan-profesi-ners-tahun-2016/>
 - [38] Departmen Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Dana Manusia Kesehatan [Agency for Development and Empowerment of Human Resources for Health, Indonesian Ministry of Health] (2006). Kurikulum program pendidikan diploma III keperawatan [Curriculum for diploma III nursing education]. Retrieved December 22, 2014 from <http://www.bppsdmk.depkes.go.id/pusdiklatnakes/data/kbk3.pdf>
 - [39] Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan [Directorate General of Higher Education, Ministry of Education and Culture] (2010). Portret ketersediaan dan kebutuhan tenaga perawat [Portrait of availability and requirements of nurses]. Retrieved May 2, 2014 from http://hpeq.dikti.go.id/v2/images/Produk/Potret_Ketersediaan_Dan_Kebutuhan_Tenaga_Perawat.pdf
 - [40] Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Directorate General of Nutrition and Maternal and Child Health, Indonesian Ministry of Health] (2011). Strategi nasional penerapan pola konsumsi makanan dan aktifitas fisik untuk mencegah penyakit tidak menular [National strategy of implementation of food consumption pattern and physical activity to prevent noncommunicable diseases]. Retrieved January 7, 2017 from <http://gizi.depkes.go.id/download/pedoman%20gizi/skras%20kt%20penganta.pdf-gabung.pdf>
 - [41] World Health Organization (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Retrieved January 7, 2017 from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf
 - [42] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Politeknik Kesehatan Palembang & Prodi Keperawatan Lubuklinggau [Indonesian Ministry of Health, Palembang Health Polytechnic & Lubuklinggau Nursing Study Program] (2012). Analisis faktor risiko penyakit hipertensi pada masyarakat di kecamatan Kemuning kota Palembang tahun 2012 [Analysis of risk factors of hypertension in the community at Kemuning sub-district, Palembang city, 2012]. Retrieved January 7, 2017 from <https://ja.scribd.com/doc/252308580/Analisis-Faktor-Risiko-Penyakit-Hipertensi-Pada-Masyarakat>

—研究報告—

臨床教育看護師・助産師育成プログラム 受講後とプレ活動後の評価 ～「自身の看護実践の質」が向上できているかを評価する～

小野 幸子¹⁾, 多川 晴美¹⁾, 平岡 葉子²⁾

1) 滋賀医科大学医学部附属病院 看護臨床教育センター

2) 滋賀医科大学医学部附属病院 看護部

Assessment of clinical education nurses and clinical education midwives after undergoing a development program for educators

～Assessment based on “The quality of the nursing practice”～

Sachiko ONO¹⁾, Harumi TAGAWA¹⁾ and Youko HIRAOKA²⁾

1) Clinical Education Center for Nurse, Shiga University of Medical Science Hospital

2) Nursing Division, Shiga University of Medical Science Hospital

要旨 調査の目的は、臨床の看護師・助産師を教育する教育者の育成プログラム：臨床教育看護師・助産師育成プログラムを受講した者の「自身の看護実践の質」が、2年間のプログラム（1年目：講義演習，2年目：プレ活動）を修了することで向上できているかを明らかにすることである。対象は平成22年～平成26年度に認定を受けた臨床教育看護師・助産師のうち同意を得た27名である。調査方法は、「看護実践の質」を測定する尺度として、信頼性・妥当性が確認された「看護問題対応行動自己評価尺度」「看護実践の卓越性自己評価尺度－病棟看護師用－」を使用し、研修前と1年目の研修後と2年目のプレ活動後に個々に測定した。分析は研修前後と研修前プレ活動後の得点についてWilcoxonの符号付き順位検定を行った。データを分析した結果、研修前後の比較では、「看護問題対応行動自己評価尺度」「看護実践の卓越性自己評価尺度－病棟看護師用－」ともに下位尺度得点・総得点で有意差は認められなかった($p>0.05$)。研修前とプレ活動後の比較においては、「看護問題対応行動自己評価尺度」では、5下位尺度中4尺度と総得点に有意差が認められ($p<0.05$)、「看護実践の卓越性自己評価尺度－病棟看護師用－」では、7下位尺度中6尺度と総得点に有意差が認められた($p<0.05$)。二つの尺度において、看護実践の質を表す総得点は、1年目の受講後では向上していないが、2年目のプレ活動後では有意に向上しており、「自身の看護実践の質」が2年間のプログラムを修了することで向上できていることが示唆された。

キーワード 人材育成 教育者の育成 育成プログラム 看護実践の質

はじめに

近年、我が国の医療現場においては、医療の高度化・複雑化に伴い、看護職の役割や能力向上に対する期待が高まっている。看護職の能力向上のためには、個々の責任として継続学習による能力の維持・開発に努める必要があるが、現場の看護の質を上げ最新の知識に基づいた臨床の教育ができる看護師の人材育成も必要と考える。

A病院では、文部科学省大学改革推進事業である「看護師の人材養成システムの確立」において、平成22年度より臨床教育看護師・助産師育成プログラム（以下、本プログラムとする）を開発し、実施していた。臨床

教育看護師・助産師とは、看護の質向上のために、看護師と看護学生に教育的にかかわる臨床の看護・助産の教育者である。本プログラムの目的は、「自身の看護実践の質を向上することができる」と、「部署全体の看護の質向上に向けて部署の看護師の学びをサポートすることができる」との二つである。質の高い教育を実践するためには、看護実践能力と教育実践能力の両者が必要であるといわれている[1]。本プログラムでは、看護実践能力をつけるために「自身の看護実践の質を向上することができる」ことを目的に掲げ、教育実践能力をつけるために「部署全体の看護の質向上に向けて部署の看護師の学びをサポートすることがで

Received: November 24, 2017.

Accepted: April 27, 2017.

Correspondence: 滋賀医科大学医学部附属病院看護臨床教育センター 小野 幸子

〒520-2192 大津市瀬田月輪町

sachiko8@belle.shiga-med.ac.jp

きる」ことを目的に掲げ、開発された。

先行研究では、看護職員を教育する臨床の教育指導者の育成プログラムの開発や試行に関して報告したものの[2-5]がある。しかし、看護教育者の育成プログラムの効果を看護実践能力や教育実践能力で評価し報告したものはなかった。臨床の看護教育者は実践を通して教育を行うため、自らも学び続け、自身の看護実践の質を高めていく必要がある。そこで今回の調査では、看護実践の質に焦点をあてることとした。調査目的は、A 病院で行われていた臨床教育看護師・助産師育成プログラムの目的の一つである「自身の看護実践の質向上」を評価するために、自身の看護実践の質が、2 年間の本プログラムを修了することで向上できているかを明らかにすることである。

臨床教育看護師・助産師育成プログラム

受講資格は、A 病院の勤務者はクリニカルラダーⅢ（責任感があり、複雑な状況を理解し患者への介入ができ、実習指導担当ができる段階）の認定を受けている者、A 病院に勤務していない者は看護師助産師業務に従事し、実践で臨床教育に関心があり学ぶ意欲があり、所属長の推薦がある者であった。

育成期間は2年間であり、研修内容の特徴は、認知科学・教育（工）学・哲学などで研究が進む状況的・経験的学習理論[6]を根拠とし、成人の学習者や中堅の学習者にとって有効な学習と言われているリフレクション[7]を促すこと、各自の実践をもとに、他者との対話を通して、今まで考えていたこと、思っていたことを問い直すことであった。

プログラムの内容を表1に示した。

表1 臨床教育看護師・助産師育成プログラム

時期		プログラム1年目		プログラム2年目	
研修内容		講義・演習 120時間		ブレ活動 (各部署での認定前の教育活動)	
		臨床判断力を強化するプログラム63時間 学びをサポートする力を強化するプログラム57時間		リフレクションシートで活動の振り返りを行い、教育活動の計画目標を評価する。 4回／年(3時間／回)の会で、進捗状況・課題を報告し意見交換を行う。 年度末に活動報告会を実施する。	
評価内容		レポート		実践プロセスの リフレクション 計画目標の 達成度	
		それぞれA(4点)B(3点)C(2点)D(1点)の評価を行い、総合で認定の有無を評価する。A(12点)B(9点～11点)C(6点～8点)D(5点以下)のうち C以上で臨床教育看護師として認定。			
評価 点数	A(4点)	論理性が高い		対話的な リフレクション 100%達成	
	B(3点)	接続詞や段落使用 等に難あり		描写的な リフレクション 80%達成	
	C(2点)	論理性に やや難あり		描写的な書き方 50%達成	
	D(1点)	論理性ほぼなし		記述もできない 50%以下	

総合評価 C 以上で臨床教育看護師として認定
総合評価

- A 12点
- B 9点以上12点未満
- C 6点以上9点未満
- D 6点未満

1 年目では講義演習中心の研修を 120 時間行い、2 年目ではブレ活動として各部署において教育活動を行っていた。ブレ活動では、リフレクションシートを用いて自身の活動内容を評価し 4 回の会議（1 回 2~3 時間）で各自が進捗状況・課題を報告し意見交換を行い、年度末に実践報告会を行っていた。臨床教育看護師・助産師の認定のための評価は、1 年目の本プログラムではレポートの内容、2 年目では実践プロセスのリフレクションと計画目標の達成度から行っていた。ABCD の4段階評価を行い、総合で臨床教育看護師・助産師の認定の有無を判定していた。

本プログラム終了後は、臨床教育看護師・助産師としての教育活動報告を年に2回(中間報告と最終報告)実施していた。

方法

1. 用語の定義

1) 看護実践の質

看護問題に対応する行動の質であり、看護の卓越性を表すもの

2) 臨床教育看護師・助産師

臨床で看護師・助産師を教育する教育者

3) ブレ活動

本プログラム2年目に実施し、臨床教育看護師・助産師認定前に行う所属部署における教育活動

4) 受講前

本プログラム受講前

5) 受講後

本プログラム1年目の講義・演習修了後

6) ブレ活動後

本プログラム2年目のブレ活動修了後

2. 調査対象

平成22年~平成26年度に認定を受けた臨床教育看護師・助産師30名

3. 調査期間

平成22年5月~平成27年3月

4. 調査方法

「看護実践の質」を測定する尺度として、「看護問題対応行動自己評価尺度」「看護実践の卓越性自己評価尺度ー病棟看護師用-」[8]の二つを使用した。『受講前』として本プログラムの開講時に、『受講後』として本プログラム1年目の講義・演習の最終の研修終了時に、『ブレ活動後』として本プログラム2年目の最終の報告会終了時に測定した。使用した二つの尺度は信頼性・妥当性が確認されたものであり、以下の特徴がある。

1) 「看護問題対応行動自己評価尺度」

看護問題に対応する行動の質を構成概念とし、5 下位尺度25質問項目から構成されている(125点満点)。看護師は、この行動を通して、看護目標の達成に向け

て問題の解決・回避を目指す。問題解決・回避を目指す行動は、看護実践の質に直結する。総得点の解釈は以下の通りである。

- ・総得点 112 点以上：看護問題対応行動の質が高く、看護問題の解決・回避に向けて適切に行動している
- ・総得点 81～111 点：看護問題対応行動の質が標準的
- ・総得点 80 点以下：看護問題対応行動の質が低く、看護問題の解決・回避に向けその改善の必要性が高い

2)「看護実践の卓越性自己評価尺度－病棟看護師用－」
看護実践の質を構成概念とし、7 下位尺度 35 質問項目から構成されている（175 点満点）。臨床経験を重ねある程度の水準の看護実践を安定して展開できるようになった看護師は、この尺度の活用による査定を通し、自己の看護実践の質が卓越性から見るとどのような課題があるかを発見できる。またその克服は、看護実践の質の向上につながっていく。病棟以外の場において看護を実践する看護職者にとっての活用は限界をもっている可能性があり、高得点を獲得しにくい可能性が高い。しかし、低得点であることは、看護実践の質が著しく低いことを必ずしも表すわけではない。その場合は、「看護問題対応行動自己評価尺度」とあわせて用いることにより、正確な把握が可能になる。総得点の解釈は以下の通りである。

- ・総得点 141 点以上：看護実践の質が高く、卓越している
 - ・総得点 104～140 点：看護実践の質が標準的
 - ・総得点 103 点以下：看護実践の質が低い
- 「看護実践の卓越性自己評価尺度－病棟看護師用－」は、病棟勤務者以外（手術部、放射線部、外来）で使用する、経験の少ない実践内容があるため得点が低く出る可能性があるが、今回は他の人との比較ではなく、個人の受講前、受講後、プレ活動後の変化をみるため、使用することとした。「看護問題対応行動自己評価尺度」とあわせて用いることにより、正確な把握が可能になる。という説明があることから二つの尺度を使用することとした。

5. 分析方法

対象者の属性については基本統計量を算出した。

各尺度において、受講前と受講後、受講前とプレ活動後の得点を Wilcoxon の符号付き順位検定で、差の検定を行った。有意水準は 5%とした。

統計処理には SPSS ver.22 を使用した。

6. 倫理的配慮

調査対象者に調査の趣旨を十分に説明し、参加は同意書による同意を得た上で行い、同意はいつでも撤回できることを保障した。得られたデータは個人が特定できないように匿名化したデータセットを用いた。

尺度の使用にあたっては、本書[8]の手続きに従い、開発者から承諾を得た。〇〇大学倫理審査委員会での研究許可を得た。

結果

1. 対象者の属性

30 名中 27 名より調査の同意があった。性別は男性 1 名、女性 26 名であった。外部からの受講が 4 名あった。勤務部署が病棟外の者は 2 名であった。受講時の対象者の平均年齢は、 35.0 ± 5.5 歳であった。受講時の対象者の平均臨床経験年数は 12.5 ± 5.9 年であった（表 2）。

表 2 対象者の属性

n=27		
性別	女性	26 (96.3)
	男性	1 (3.7)
受講者の内訳	外部	4 (14.8)
	内部	23 (85.2)
受講者の勤務部署	病棟	25 (92.6)
	病棟外	2 (7.4)
表中の数値はn(%)		
平均年齢		35.0 (±5.5)
平均臨床経験年数		12.5 (±5.9)
表中の数値はmean(±SD)		
年齢の中央値		34.0
臨床経験年数の中央値		11.0

2. 正規性の検定

「看護問題対応行動自己評価尺度」5 下位尺度の得点と総得点について、Shapiro-Wilk で検定を実施したところ、3 つの下位尺度と総得点は $p < 0.05$ であり正規性は棄却された。

「看護実践の卓越性自己評価尺度－病棟看護師用－」7 下位尺度と総得点について、Shapiro-Wilk で検定を実施したところ、3 つの下位尺度と総得点は $p < 0.05$ であり正規性は棄却された。

3. 「看護問題対応行動自己評価尺度」の得点と差の結果

受講前と受講後では、5 つのすべての下位尺度と総得点は $p > 0.05$ で有意差を認めなかった。受講前とプレ活動後では、プレ活動後の得点は 4 つの下位尺度と総得点は上昇し、 $p < 0.05$ で有意差を認めた（表 3）。

表 3 看護問題対応行動自己評価尺度の得点と差

下位尺度	中央値			Wilcoxonの符号順位検定	
	受講前	受講後	プレ活動後	受講前と受講後	受講前とプレ活動後
I.情報の組織化と活用による問題の探索と発見	19.0	20.0	21.0	0.334	0.033*
II.問題解決・回避のための患者生活・治療行動代行、症状緩和、生活機能維持・促進とその個別性	18.0	20.0	20.0	0.144	0.029*
III.問題解決に向けた相互行為の円滑化	21.0	20.0	21.0	0.459	0.470
IV.問題克服に向けた患者への心理的支援	20.0	20.0	21.0	0.381	0.028*
V.問題解決への自己評価	17.0	16.0	19.0	0.931	0.033*
総得点	95.0	98.0	99.0	0.386	0.026*

* $p < 0.05$

4. 「看護実践の卓越性自己評価尺度－病棟看護師用－」の得点と差の結果

受講前と受講後では、7つのすべての下位尺度と総得点は、 $p > 0.05$ で有意差を認めなかった。受講前とプレ活動後では、プレ活動後の得点がすべて上昇し、6つの下位尺度と総得点は $p < 0.05$ で有意差を認めた（表4）。

表4 看護実践の卓越性自己評価尺度－病棟看護師用－の得点と差

下位尺度	中央値			Wilcoxonの符号順位検定	
	受講前	受講後	プレ活動後	受講前と受講後	受講前とプレ活動後
I. 連続的・効率的な情報の収集と活用	18.0	19.0	19.0	0.212	0.102
II. 臨床の場の特徴を反映した専門的知識・技術の活用	17.0	18.0	19.0	0.390	0.035*
III. 患者・家族との関係の維持・発展につながるコミュニケーション	19.0	20.0	20.0	0.143	0.005*
IV. 職場環境・患者個々が持つ悪条件の克服	18.0	17.0	19.0	0.632	0.038*
V. 現状に潜む問題の明確化と解決に向けた創造性の発揮	16.0	17.0	18.0	0.261	0.028*
VI. 患者の人格尊重と尊厳の遵守	19.0	19.0	20.0	0.624	0.013*
VII. 医療チームの一員としての複数役割発見と同時進行	19.0	20.0	20.0	0.079	0.001*
総得点	126	130	135	0.249	0.002*

* $p < 0.05$

5. 「看護問題対応行動自己評価尺度」の総得点の解釈

受講前、受講後、プレ活動後の最低点は「質が低い」と評価される範囲にあったが、中央値、第1四分点、第3四分点は「質が標準的」と評価される範囲にあった。プレ活動後の最低点、中央値、第1四分点、第3四分点は、受講前、受講後よりも高く、データの散らばりもプレ活動後は得点の高いほうへ移行した（図1）。この尺度では、プレ活動後の臨床教育看護師・助産師の質の解釈としては、ほぼ「標準的」と評価できた。

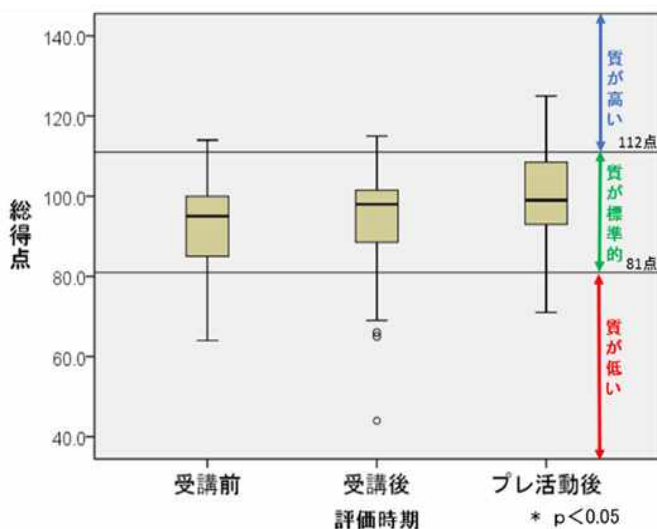


図1 看護問題対応行動自己評価尺度の受講前・受講後・プレ活動後の総得点

6. 「看護実践の卓越性自己評価尺度－病棟看護師用－」の総得点の解釈

受講前は「質が低い」とされる範囲に、はずれ値として2つのケースが入ったが、受講後とプレ活動後は最低点でも「質が標準的」の範囲に入った。プレ活動後の総得点の中央値、第1四分点、第3四分点は受講前、受講後よりも高く、その散らばりは受講前、受講後よりも大きくなった。プレ活動後の第3四分点は141点以上で質が高いレベルに含まれた（図2）。プレ活動後の臨床教育看護師・助産師の質の解釈としては標準的～高いと評価できた。

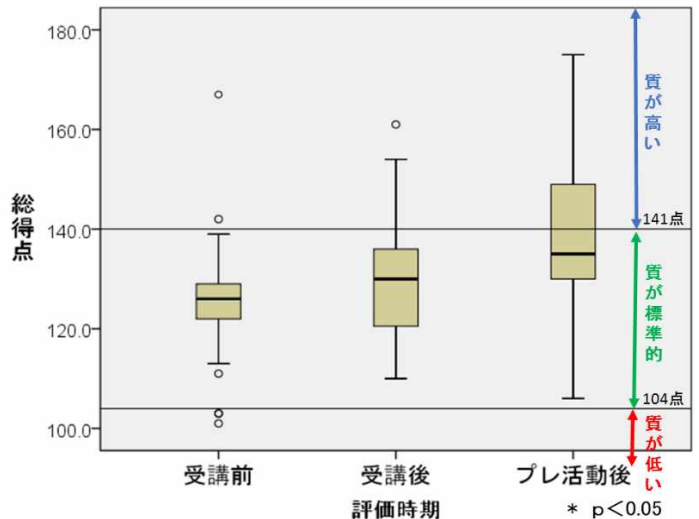


図2 看護実践の卓越性自己評価尺度－病棟看護師用－の受講前・受講後・プレ活動後の総得点

7. 「看護問題対応行動自己評価尺度」の下位尺度のバランス

看護問題対応行動自己評価尺度の下位尺度の得点は、看護問題の解決・回避を目指す行動のどの側面に問題があるのか、何が患者の看護問題を解決・回避するための行動の質を低下させているのかを分析的に把握するために活用できる。図3にあるように受講前、受講後、プレ活動後の中央値は大きく低得点にむけて突出している側面はなかった。受講前は「II. 問題解決・回避のための患者生活・治療行動代行、症状緩和、生活機能維持・促進とその個別性」と「V. 問題解決への自己評価」が他に比べやや低い点数であったが、プレ活動後はそれらの得点上がり、バランスが取れている状態であった。

考察

1. 本プログラムにおける自身の看護実践の向上のためのプレ活動の重要性

「看護実践の質」を測定する二つの尺度では、受講前と受講後よりも受講前とプレ活動後の方が、得点が上昇し有意差が認められた。自身の看護実践の質を示す総得点は、本プログラム1年目の受講後では向上していないが、本プログラム2年目のプレ活動後では有意に向上していることがわかった。これにより、自身の看護実践の質は、2年間の本プログラムを修了することで向上できていることが示唆された。

自身の看護実践の質が、受講後よりプレ活動後のほうが向上した理由は次のように考えた。

プレ活動では教育活動を行うため、部署の看護職員に指導的に関わるうえで、常に看護実践のお手本を見せ、対象者の能力に合わせて説明する必要があり、看護実践の質の向上につながったのではないかと考える。専門家は、行為の中のリフレクションと行為についてのリフレクションという2つのリフレクション思考によって専門的知の概念化と構造化をしており、リフレクションは専門職の発達に必要不可欠な要素といわれている[10]。実践でお手本を見せながら教育するという事は、その場その状況の中で最適な看護を考え判断し、看護実践を学習者に示すことであり、その場その状況の中で最適な看護をリフレクション（行為の中のリフレクション）していることになる。加えて、プレ活動では、実施した教育活動を想起しそれを注意深く吟味することによって、次の教育活動に活かすリフレクションを行っている（行為についてのリフレクション）。また、経験学習は成人学習者を対象とした研修内容を構成する上で必要不可欠である[9]とされており、プレ活動は、活動を通じた学びの場であり、いわゆる経験学習を通じた学びとなる。小山田[11]は、中堅看護師の能力開発のプログラムに必要な要素として経験学習とリフレクションをあげており、プレ活動ではそれら二つの要素を取り入れていた結果、自身の看護実践の質の向上という能力開発につながったものと考えられる。

以上より、「自身の看護実践の質を向上する」ためには、講義や演習にとどまらず、実際の教育活動を通して学習者に手本を見せることや自身の指導方法や看護実践を振り返ることが必要であり、本プログラムのプレ活動の重要性が示唆された。

また、看護実践の質においては、今回使用した尺度の下位にあるように多くの能力の側面がある。教育者には多くの能力の側面がバランスよく備わっていることが重要である。図3と4からもわかるようにプレ活動後は各能力がバランスよく上昇しており、臨床教育看護師・助産師育成本プログラムでは各能力の偏りなく向上できていることが示された。

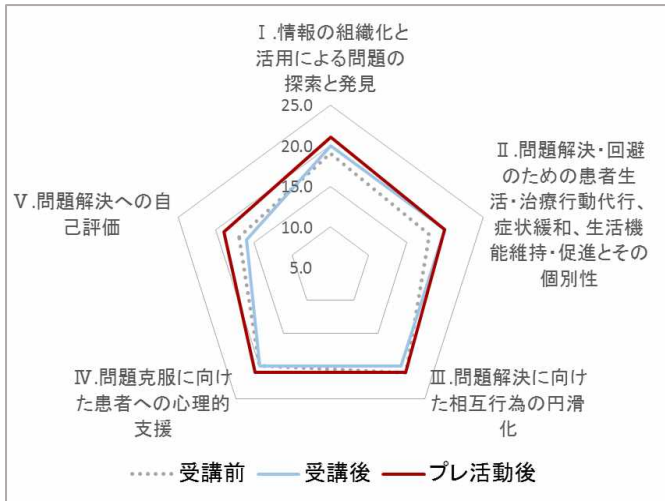


図3 看護問題対応行動自己評価尺度の下位尺度の得点バランス

8. 「看護実践の卓越性自己評価尺度－病棟看護師用－」の下位尺度のバランス

看護実践の卓越性自己評価尺度－病棟看護師用－の下位尺度の得点は、看護実践のどの側面に課題があるのか、看護実践の質を高めるためには何を改善する必要があるのかを分析的に把握するために活用できる。図4にあるように受講前、受講後、プレ活動後の中央値は大きく低得点にむけて突出している側面はなかった。受講前は「II.臨床の場の特徴を反映した専門的知識・技術の活用」と「V.現状に潜む問題の明確化と解決に向けた創造性の発揮」が他に比べやや低めの得点であったが、プレ活動後は他に比べそれらの得点が上がり、よりバランスが取れている状態となった。

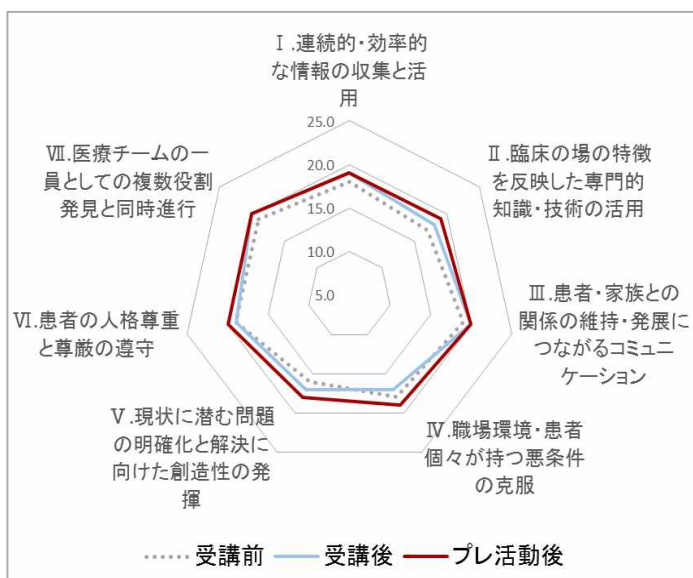


図4 看護実践の卓越性自己評価尺度－病棟看護師用－の下位尺度の得点バランス

2. 本プログラム修了後のサポート

二つの尺度では、総得点の中央値、第1四分点、第3四分点はプレ活動後が一番高かった(図1 図2)。

「看護問題対応行動自己評価尺度」のプレ活動後の総得点の解釈は、ほぼ「質が標準的」レベルであるが、最低点は「質が低い」レベルに含まれていた。「看護実践の卓越性自己評価尺度ー病棟看護師用ー」のプレ活動後の総得点の解釈は、「質が標準的」～「質が高い」レベルであったが、散らばりが大きく、個々のレベルの差が認められる結果であった。

「臨床判断モデル」の開発者のタナー氏は、「指導者が持つべきものは高度で熟達した臨床看護実践の質である」と言っている[23]。指導する立場として臨床教育看護師・助産師には、「看護実践の質」において、質の高いものが求められる。プレ活動後の看護実践の質は大きな個人差があるため、臨床教育看護師・助産師として認定を受けたあとも、能力向上のためのサポート体制が必要であることが示唆された。現在、臨床教育看護師・助産師として教育活動を行う上で、リフレクションを行い、活動報告を年に2回(中間報告と最終報告)実施している。今後は臨床教育看護師・助産師として活動する経過の中で「看護実践の質」を測定し、その効果を検証していく必要がある。

結論

今回の調査目的は、A病院で行われていた臨床教育看護師・助産師育成プログラムの目的の一つである「自身の看護実践の質向上」を評価するために、自身の看護実践の質が、2年間の本プログラムを修了することで向上できているかを明らかにすることであった。「看護問題対応行動自己評価尺度」と「看護実践の卓越性自己評価尺度ー病棟看護師用ー」の二つの尺度の測定結果から、自身の看護実践の質を示す総得点は、本プログラム1年目の受講後では向上していないが、2年目のプレ活動後では有意に向上していることがわかった。これにより、自身の看護実践の質は、2年間のプログラムを修了することで向上できていることが示唆された。

文献

- [1] 日本看護協会. 継続教育の基準 ver.2. 2012年(2015年3月12日,
<http://www.nurse.or.jp/nursing/education/keizoku/pdf/keizoku-ver2.pdf>)
- [2] 松浦正子, 高橋京子, 大原彰子, 吉田恵美, 大岩美樹, 長尾式子. 生き生き働き続けるための看護職のキャリア開発 大学病院のキャリア開発 中堅看護師の新たなキャリアパスを構築 教育指導者・スーパー教育指導者への道 キャリアシステム・神戸 REED プラン. 看護, 66(14):106-111, 2014.
- [3] 池内香織, 細田康子, 中岡亜希子, 他. 新卒看護職員や看護学生を支援する教育指導者の育成プログラムに関する取り組みとニーズ. 大阪府立大学看護学部紀要, 20(1):1-8, 2014.
- [4] 鈴木康美. 教育担当者育成モデルプログラムの自己評価票の開発と試行. 看護, 3月臨時増刊号, 54-60, 2013.
- [5] 和住淑子, 黒田久美子, 佐藤まゆみ. 新人看護師教育担当者育成モデルプログラムの開発と試行. 千葉大学大学院看護学研究科紀要, 34:45-50, 2012.
- [6] 松尾睦. 経験からの学習プロフェッショナルへの成長プロセス. 東京, 同文館出版, 177-201, 2009.
- [7] 田村由美, 池西悦子. 看護の教育・実践にいかすリフレクション. 東京, 南江堂, 13-52, 2014.
- [8] 舟島なをみ. 看護実践・教育のための測定用具ファイル 開発過程から活用の実際まで第2版, 東京, 医学書院, 43-73, 2013.
- [9] Cranton, P. 1996. /入江直子, 三輪健二監訳. おとなの学びを創る. 東京, 鳳書房, 207-314, 2008.
- [10] Schon DA. 1986. /佐藤学, 秋田喜代美訳. 専門家の知恵 The Reflective Practitioner. 東京, ゆみる出版, 211-225, 2001.
- [11] 小山田恭子. わが国の中堅看護師の特性と能力開発手法に関する文献検討. 日本看護管理学会誌, 13(2):73-80, 2009.
- [12] 三浦友理子, 奥裕美, 佐々木幾美, 別所千恵. 今こそ育てる「臨床看護教育」のスペシャリスト ケアの質を高める「臨床教育者」育成の方法論. 看護管理, 25(6):468-475, 2015.

— 実践報告 —

NICU/GCU の看護師が行うポジショニング技術に関する実態調査

稲田 静香¹⁾, 高橋 早智¹⁾, 川端 笑奈¹⁾, 西村 舞衣¹⁾, 北川 有紀¹⁾, 白坂 真紀²⁾

1) 滋賀医科大学医学部附属病院 NICU/GCU

2) 滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

Survey about positioning technique of NICU/GCU Nurses

Shizuka INADA¹⁾, Sachi TAKAHASHI¹⁾, Emina KAWABATA¹⁾, Mai NISHIMURA¹⁾,
Yuki KITAGAWA¹⁾ and Maki SHIRASAKA²⁾

1) Neonatal Intensive Care Unit / Growing Care Unit, Shiga University of Medical Science Hospital

2) Department of Clinical Nursing, Shiga University of Medical Science

要旨

NICU/GCU における新生児の体位変換と良肢位を保つポジショニング技術は、将来の子どもの発育に影響する極めて重要なケアである。今回、NICU/GCU の看護師を対象にポジショニング技術に関する調査を行った。その結果、看護師は概ね規定に沿ったポジショニングを実践していたが、足底の向きを整える等細かな部分については充分ではなかった。経験の浅い看護師は、医療機器を使用している児のポジショニングを困難に思っていた。経験年数が長いスタッフほど、時間の経過を考えた先を見据えたポジショニングを行っている傾向がうかがえた。今後の課題としては、呼吸器や点滴など医療機器を使用している患児のポジショニング方法を教育プログラムに取り入れること、客観的に患児のポジショニングを定期的に評価する体制づくりが求められる。NICU/GCU 看護の歴史は浅く次々と新しい知見が報告されているため、経験を重ねながらも新しい知識を得て活用し看護の力を高めていきたい。

キーワード ポジショニング, NICU/GCU, 看護師

はじめに

日本では新生児集中治療室 (NICU) の普及から全国でハイリスク因子・病態を持つ新生児が高度医療を受けられるようになり、新生児死亡率は著しく減少した。しかし新生児の生命とひきかえに、在胎週数 37 週未満の早産で出生する児 (早産児) や生まれつきかつ永続的に医療的ケアが必要な重症障害児が増加している。早産を主因とする低出生体重児 (2500g 未満出生児) は日本の総出生数の約 10% を占めるようになり、近年、早く産まれる児ほど発達予後が不良な児が多いことがわかってきた¹⁾。また早産・低出生体重児は子宮内環境から一気に外界の環境変化や医療的ケアなど多様なストレスに曝される。そのストレスの軽減や将来的な発達を支援する方法としてポジショニング

がある。ポジショニングは早産児や正期産児、長期入院児の屈筋運動を高め、知覚運動発達を促し、胎内環境に近い姿勢をとることで発達を促進するとともにリラクゼーションの効果がある²⁾。ポジショニングをはじめとする将来を見据えた NICU に入院する児のより良い発達を支援するディベロップメンタルケアが日本で導入されしばらく経つが、定義や実際の手技の普及が進まず、現場では見よう見まねで行っている施設が多い事が指摘されている¹⁾。A 病院でもポジショニングを推奨しており、ポジショニングをマニュアル化し伝達講習を行い、各個人が参考書やセミナーで学ぶなどして実践している。しかし、一人ひとりのポジショ

Received: January 19, 2017. Accepted: May 29, 2017.

Correspondence: 滋賀医科大学医学部附属病院 NICU/GCU 稲田 静香

〒520-2192 大津市瀬田月輪町 zbocs@belle.shiga-med.ac.jp

ニングに対しての認識はさまざまであり、手技も統一が図れていない現状である。

本研究の目的は、看護師のポジショニングの技術の実態を調査し、課題を見出すことである。それによりスタッフの看護ケアの意識及び技術が向上し、教育にも活かすことができるのではないかと考えた。

方法

1. 調査方法

ポジショニング技術に関する質問紙をインターネットに繋がっていないパソコンに保存し、調査対象者に回答を入力してもらった。各質問紙にはパスワードを設定し個人が特定されないようにした。

2. 調査対象

A 病院の NICU/GCU に勤務する常勤看護師 35 名に調査依頼を行った。ただし、看護師長、病気・産前休暇や育児短時間勤務取得のスタッフは除外した。

3. 研究期間

平成 28 年 3 月～平成 28 年 12 月

4. 調査内容

調査は次の 5 項目の質問を行い、回答は自由記載を依頼した。

- 1) 仰臥位から腹臥位への体位変換のポジショニングの一連の流れを書いてください。
- 2) 体位変換やポジショニングにおいて意識している事や気をつけている事は何かですか。
- 3) 適切なポジショニングができたかどうかのように評価していますか。
- 4) ポジショニングにおいて困っていることはありますか。
- 5) ポジショニング技術が高い看護師との違いは何だと思いますか。

5. 分析方法

アンケート回答の自由記載の内容より、キーワードを抽出するなど類似する文章を整理した。

アンケートの各項目は、NICU/GCU の経験年数 1～3 年目、4～6 年目、7 年目以上の 3 つのグループで人数を算出し記述した。

6. ポジショニングに関する教育と学習の状況

NICU/GCU では先輩指導者より伝達講習を行っている。看護師教育用のマニュアルには、ディベロプメンタルケアの一つとして「ポジショニング」についての内容がカラー写真入り A4 サイズ 5 頁分の説明が記載されている。「体位変換」については仰臥位から腹臥位に体位を変える方法がイラスト入り A4 サイズ 1 頁分で説明されている。そのほか、各自で院外での研修やセミナーに参加している状況である。

7. 倫理的配慮

平成 28 年 2 月に当院の看護研究倫理審査委員会の承諾を得た（承認番号：H27-37）。研究への参加は、

自由意思による協力であり、拒否する権利があること、アンケートの途中でであっても中止して良いこと、研究参加を断っても不利益を被ることは一切ないこと、研究に伴う費用は請求されないことなどを書面にて内容を説明し、アンケートの回答をもって同意を確認した。研究対象者用のフォルダは人数分準備し、各フォルダにはパスワードを設定し、回答内容が研究者以外に閲覧できないように配慮した。得られたデータは個人が特定できないように匿名化の処理を行った。データは研究目的以外に使用せず、データは施錠できる場所で保管し、研究者以外は触れないよう保管した。データを記録した電子媒体は、インターネットに接続していないパソコンを使用した。

8. NICU/GCU で用いられる看護技術と新生児の状態を表す用語の説明

- 1) ディベロプメンタルケア：早産児や低出生体重児、病児に対して、外的ストレスをできるだけ最小限にした環境のもとで成長発達を促していこうとするケアのことである。
- 2) ポジショニング：子宮内にいるような姿勢をとり囲い込むことである。
- 3) ホールディング：看護師または家族の温かい手で児を両手で包み込むケアである。
- 4) ハンドリング：体位変換、ホールディングやオムツ交換など、ケア中の児の扱い方を丁寧にすることである。
- 5) States（ステート）：深い睡眠・浅い睡眠・ぼんやり覚醒・覚醒・活発・啼泣と児の状態を表す。

結果

NICU/GCU に勤務する常勤看護師 35 名のうち同意を得られた 27 名の回答が得られた（回答率：77%）。看護師の年齢は 20 代～50 代であった。NICU/GCU 経験年数 1～3 年目が 9 名、4～6 年目が 9 名、7 年目以上が 9 名であった。

キーワードとして 1) からは「仰臥位（肩）枕から腹臥位の頭枕に変える」「ホールディング、包み込む」「ホールディングから始まり、ホールディングで終わる」「腹臥位にし、ホールディング後に体位を整える」「ホールディングのまま」「落ち着いたら」「側臥位」「足底を整える」「ホールディング後に体位を整える」の 9 項目、2) からは「ホールディング」「ポジショニンググッズ」「バイタルサイン・ストレスサイン」「腹臥位枕の位置、高さ」「良肢位」「足底の向き」「ハンドリング」「週数・体重」「シート」「ステート」の 10 項目、3) からは「安静保持、入眠している、落ち着いている、安静度、ステート」などの表現、「良肢位保持のマニュアルに沿ったポジショニング」「時間が経っても崩れやずれが少ない」「バイタルサインが落ち着いている、ストレスサインが少ない」「体動後も元の姿勢に戻れる」「消化状態」

NICU/GCU の看護師が行うポジショニング技術に関する実態調査

「見た目の美しさ」「指導してもらった注意点が大丈夫かどうか」の8項目、4)からは「挿管、点滴が入っている児」「ポジショニングが崩れる、落ち着かない」「人によってポジショニンググッズが違う、共通性がない」「雑」「事故抜管」「シーツの扱い」の6項目、5)からは「手早い」「丁寧、器用」「経験、慣れ」「知識、勉強、理解」「意識の高さ・違い」「判断能力、バイタルサイン・ストレスサインを読み取る」「ホールディング」「ポジショニンググッズの選択」「児の応じたポジショニンググッズを知っている」「観察能力」「わからない」「周囲から言われない」「手首の柔らかさ」「根気」の15項目が抽出された。

1. ポジショニングの一連の流れ(手順)【表1】

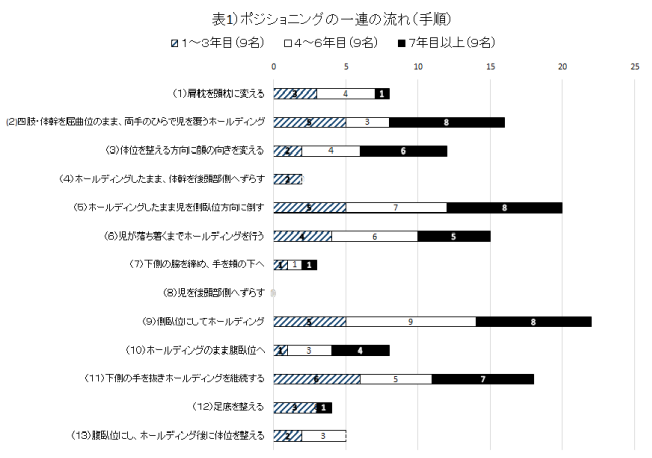


表1の(1)～(13)の項目は、仰臥位から腹臥位への体位変換のポジショニングの一連の流れを示している。そのうち(2)～(10)は木原^{1,5)}のポジショニング技術の手順である。(1)と(12)(13)はアンケートの回答を手順の項目として示した。次の1)～3)は、各グループの回答を統合して文章としてまとめた。

1) 1～3年目看護師の回答

児の四肢を屈曲させてホールディングする。児が落ち着いたら、看護師の片方の手を児の下に滑り込ませるように、もう片方の手は児の体勢が崩れないように添え、児を浮かせないように回転させる。腹臥位になったら下敷きになっている児の腕の位置、足を整える。足底はしっかり壁につくように。手を離す前にもホールディングをして片手ずつ離す。

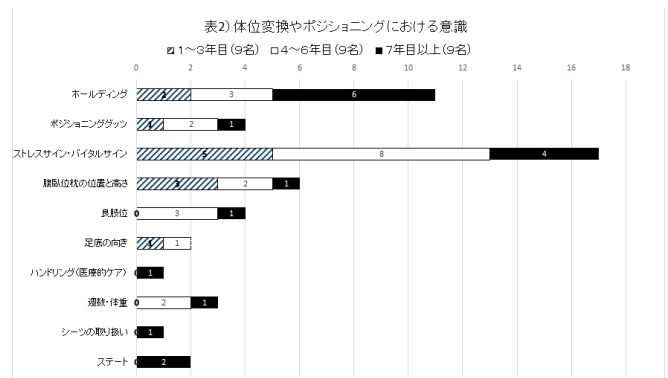
2) 4～6年目看護師の回答

児のステートを確認し、モニターを確認する。下肢がMの字、上肢がWの字の形にし、体幹の下に敷く枕をあて、両手のひらで包む。ゆっくりと側臥位にする。しばらく静止し、モニターと児の表情を確認し、安定するまでそのままホールディングを行う。安定したらゆっくりと腹臥位にする。腹臥位にした後、安定するまで両手でホールディングを行い、安定したら、看護師の手を片方ずつゆっくり離す。

3) 7年目以上看護師の回答

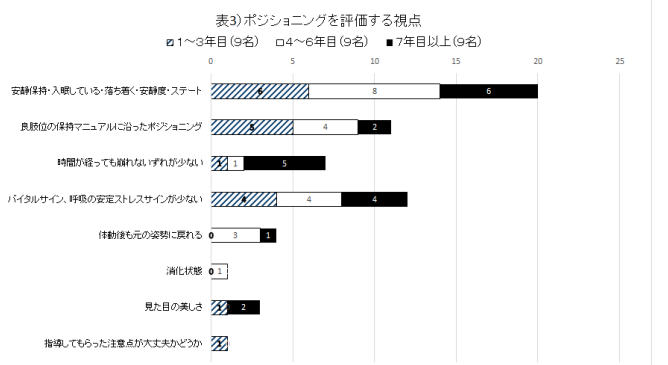
児が暴れていたなら、落ち着くまでホールディングする。落ち着いたら顔を向きたい方向に向ける。膝を軽度屈曲させる。まず側臥位にしたいので背部と下肢に手を添えて、変換したい方向に側臥位をとる。変換後はしばらくホールディングする。落ち着いたら背部と前面側に手を添えて腹臥位にする。体位変換後はしばらくホールディングを実施する。児が落ち着きバイタルサインに変動がなければ、ゆっくり看護師の手を離す。

2. 体位変換やポジショニングにおける意識【表2】



体位変換やポジショニングにおいて意識していることや気をつけていることでは、「ストレスサイン・バイタルサイン」が17名と最も多く、1～3年目看護師5名、4～6年目看護師8名、7年目看護師4名の回答があった。次いで「ホールディング」11名であり、7年目以上看護師は9名中6名と半数以上の回答があった。一方、1～3年目と4～6年目看護師は2～3名ほどの回答であった。

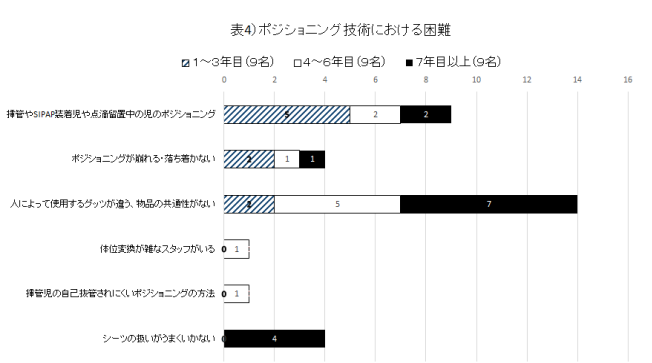
3. ポジショニングを評価する視点【表3】



「適切なポジショニングができたかどうかのように評価していますか」という質問には、「安静が保持されている状態(入眠している、State)」が20名と最も多く、特に4～6年目看護師は8名が回答していた。1～3年目看護師と7年目以上看護師もそれぞれ半数程度の回答が見られた。次いで「バイタルサインの安定(呼吸の安定やストレスサインが少ないこと)」12名、「良肢位保持のマニュアルに沿ったポジショニング体位」11名

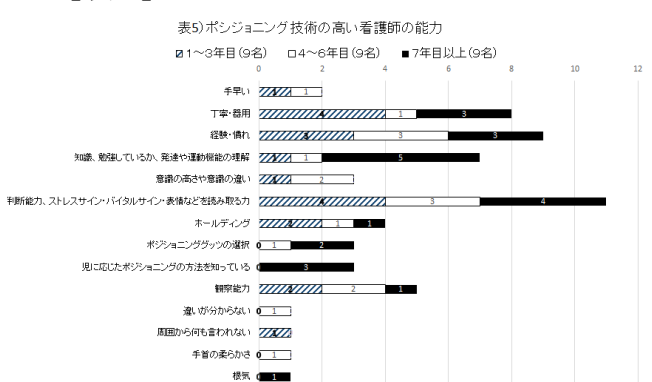
であった。「時間が経っても崩れない」と回答したのは、1～3年目看護師と4～6年目看護師が各1名であったのに対して、7年目以上看護師は5名が回答した。さらに「体動後も元の姿勢に戻る」と4～6年目看護師3名、7年目以上看護師1名が回答した。4年目以上の看護師はその時だけではなく、時間の経過を考えた先を見据えたポジショニングが実践されていることが示された。以下、「見た目の美しさ」、「消化状態」、「指導された注意点を確認」は1～3名ほどの回答であった。

4. ポジショニング技術における困難【表4】



ポジショニングにおいて困っていることは、「人によって使用するポジショニンググッズ(クッションなど)が異なり共通性がないこと」が14名と最も多く、4～6年目看護師5名と7年目以上看護師7名のそれぞれ半数程度が回答していた。2番目に多い回答は、「医療機器を使用している場合(挿管やSIPAPを装着中、点滴を行っている)」が9名であり、とりわけ1～3年目看護師に多く9名中5名の回答があった。4～6年目と7年目以上看護師が2名ずつであった。「ポジショニングが崩れる・落ち着かない」は全体で4名あり、「シーツの扱いがうまくいかない」と回答した4名全員が7年目以上の看護師であり、ポジショニンググッズだけでなくシーツについても困っていた。

5. ポジショニング技術の高い看護師の能力【表5】



「ポジショニング技術が高い看護師との違いは何だと思いますか」という質問には、「判断能力(ストレスサインやバイタルサイン、表情を読み取る力)」が11名と最も多かった。次いで「経験や慣れ」が9名、「丁

寧・器用」8名、「知識(発達や運動機能の理解など勉強しているか)」7名であった。その他、「意識の高さや意識の違い」3名、「観察能力」5名、「ホールディング」4名、「ポジショニンググッズの選択」・「児に応じたポジショニング方法」がそれぞれ3名、「違いがわからない」・「周囲から何も言われないこと」・「手首の柔らかさ」・「根気」がそれぞれ1名であった。

考察

「(仰臥位から腹臥位への体位変換の)ポジショニングの一連の流れ(手順)」について表1の結果からは、具体的な手順を書き表すことが困難であったのか、当院で基準としているマニュアル通りの回答は充分には得られなかったが、(2)(5)(6)(9)(11)の項目は半数以上の看護師が記載しており、概ねの手順は回答されていた。1～3年目看護師、4～6年目看護師、7年目以上看護師のそれぞれの回答を統合したところでは、基準通りの手順で体位変換とポジショニングを行っているようであった。特に7年目以上看護師では、ホールディングから始まりホールディングで終わるという原則が多数回答されており、規定に準じたケアが実践されていた。「(13)腹臥位にし、ホールディング後に体位を整える」は、1～3年目2名、4～6年目3名の回答があった。しかし本来は、「ホールディングで始まり、ホールディングを継続して終わる」ことが基本である。ホールディングを行うことで落ち着きやすくなると言われており²⁾、ホールディングの後に触ってしまうと児にストレスを与えてしまう可能性がある。ホールディングの後に体位を整えるという誤った認識をしている現状が認められた。なぜこのような認識になったのか、ホールディングに対する意識や知識が不足しているのか、ホールディングの後に触っても落ち着いていることもあるため触っても大丈夫と認識しているのか、など考えられる。この認識を是正していくためには、可視化したものを提示し再教育していく場を設ける必要がある。「(8)児を後頭部側へずらす」という項目の回答が皆無であったのは、実際には「(3)体位を変える方向に頭の向きを変える」という時点で、すでに(8)の児の頭部が適切な位置になっているためであると考えられる。(9)腹臥位の前に側臥位を取り入れることは、「仰臥位から一気に腹臥位にすると赤ちゃんが目眩を起こしてしまうためである」とA病院のマニュアルでは記されているからである。

「体位変換やポジショニングにおける意識」について表2の結果から、1～3年目看護師、4～6年目看護師も患児のストレスサインの出現に注意を払っており、常に状態を把握することに努めてケアを実践している現状が明らかになった。7年目以上看護師は「ホールディング」と回答したのが最も多く、児をホールディングでしっかり落ち着かせることで、安静時間を長く保つことが期待でき、治療やケアの際、こまめに

行うことが推奨されている²⁾。経験を重ねた看護師ほどストレスサインが表出される前にホールディングを意識して実践しているのではないかと思われた。概観すると、「ホールディング」と「ストレスサイン・バイタルサイン」という体位変換の際に意識している回答が多く、「良肢位」、「腹臥位枕の位置と高さ」、「ポジショニンググッズ」、「足底の向き」などポジショニングに関する回答は少なかった。表 1 から足底を整えると記載したのは、4 名と少なかった。「足底の向き」については将来の足の形に影響する。木原らは、ポジショニング（体位変換と良肢位保持）を導入していなかった児らで学齢期前に下肢の股（股関節、足関節の外転、外旋位）が有意に認められた事を報告している^{3,4)}。集中治療を行う看護師は今この時の対応で精一杯である状況に置かれていることを前提に、マニュアル内に成長した子どもの足の形写真を提示する等、ポジショニングの重要性を意識するような工夫ができるのではないかと考える。ディベロップメンタルケアの目的である子どもの将来を考慮した看護を意識し確実に実践していきたい。

「ポジショニングを評価する視点」について表 3 の結果より、バイタルサイン、ストレスサイン、動き、筋緊張、などの評価により、快適性や効果を判定する⁴⁾という木原の基準に沿ってポジショニングを評価できていることが確認された。「時間が経っても崩れない」と回答したのは、1～3 年目看護師と 4～6 年目看護師が各 1 名であったのに対して、7 年目以上看護師は 5 名が回答した。この結果より、7 年目以上の経験年数の長い看護師ほど時間の経過を考えた、先を見据えたポジショニングを行っている傾向が明らかになった。さらに「体動後も元の姿勢に戻れる」と 4～6 年目看護師 3 名、7 年目以上看護師 1 名が回答しており、1～3 年目 0 名に比べると、4～6 年目看護師もその時だけではなく、時間の経過を考えた先を見据えたポジショニングが実施されている様子が一部うかがえた。これまでいわれてきた、ポジショニング方法を教育プログラムに取り入れること、客観的に評価する体制づくりが必要であることに加え、さらに今後は、経験年数の浅い看護師が、時間の経過も考えたポジショニングの視点がもてるような助言も必要であると考えられる。

「ポジショニング技術における困難」について表 4 の結果より、ポジショニングにおける困難は、「人によって使用するポジショニンググッズ（クッションなど）が異なり共通性がないこと」が最も多かった。A 病院では、複数あるポジショニンググッズから子どもの体重に合わせて選択する基準が提示されている。しかし、実際は、看護師によって使用するポジショニンググッズに共通性がないことに困惑している現状が表 4 から明らかになった。ポジショニンググッズは、例えば、1800g 以上児にはバスタオルを用いてロール状にし、600g～900g、1000g、1500g、1800g と体重毎に合わせたスポンジや既製品の囲いを使用するなど細かく分けら

れている。その他、体重ごとに既成の腹臥位枕など体位により使用する物品も異なる。しかし、それらが指定通りに必ずしも児に合うというわけではなく、選択の幅も広く困難に感じている実情がうかがえた。特に 4～6 年目 5 名、7 年目以上看護師 7 名とそれぞれ半数以上がポジショニングにグッズを意識していた。2 番目に多い回答は、「医療機器を使用している場合（挿管や SIPAP を装着中、点滴を行っている）」が 9 名であり、とりわけ 1～3 年目看護師に多く 9 名中 5 名の回答があった。参考書物には、挿管や点滴をしている児のポジショニング方法が掲載されているものは少なく、当院のマニュアルにも掲載されていないことが理由の一つとしてあげられる。今後は、経験の浅い看護師が戸惑うことがないように、医療処置を受けている患児のポジショニング方法を、伝達講習やマニュアルの内容に入れて作成することが必要である。また、4～6 年目と 7 年目以上看護師は 2 名ずつと少数の回答であったこと、ポジショニングの適切さを評価する視点が、「マニュアルに沿ったポジショニング」と答えた看護師の多くが 1～3 年目であり、7 年目以上は 2 名と少数であった。そのことよりポジショニングは経験を重ねることで身につくとも考えられる技術であると思われる。一方で、ポジショニングの対象や目的は多様であるためポジショニングに関する研究はあるものの対象や目的を絞った検証での研究や確立したシステムは少なく²⁾、新生児のポジショニング・ハンドリングはこれからも変化していくケアである³⁾。そのため各施設や各個人が工夫して行っており、だからこそ、客観的な評価が必要であると考えられる。一方、「シーツの扱いがうまくいかない」と回答した 4 名全員が 7 年目以上の看護師であり、ポジショニンググッズだけでなくシーツについても困っていた。これについては、困難の内容を明らかにし、検討する必要がある。

「ポジショニング技術の高い看護師の能力」について表 5 より、ポジショニング技術の高い看護師の能力については、木原が赤ちゃんのストレス・安定化行動が読み取れないと赤ちゃんに合ったポジショニング・ハンドリングができないと述べているとおり³⁾、A 病院の看護師も技術の高い看護師はやはり児の状態を読み取る力が高いと考えていた。また、新生児看護でも個別的なケアを提供することが重視されており、各児の発達状態や変化を評価し理解することが重要であると木原は述べており⁵⁾、経験を重ねた看護師を中心に複数名でそれぞれの患児のポジショニングを確認し評価することが、その質の向上につながるのではないかと考える。複数名で確認することでアセスメントする力も高められると考える。ポジショニングの評価指標として、木原らは、早産児の発達段階に応じたポジショニング評価を示しており、その内容には筋緊張の評価、行動の評価がある。またポジショニング用具を保持するのか、緩めるのか、この評価を週単位で定期的に行うことが望ましい²⁾と述べている。この評価表を基に

ポジショニングの基本姿勢保持の写真と統一した評価指標の作成が必要であると考え。新生児看護の定義や実際の手技は現場で見よう見まねで行っている施設が多いと指摘されており¹⁾、そのため新生児看護に携わる看護師は自信が持てないのではないかと推察する。自分の行った看護を適切に評価する姿勢が重要であり、ポジショニングについては、客観的な評価を定期的に取り入れることで改善できるのではないかと考える。

結論

A病院のNICU/GCU看護師が行っているポジショニング技術に関する実態を調査した。結果と課題は以下の通りであった。

1. 看護師は概ねマニュアル手順に沿ったポジショニングを行っていたが、足底の向きなど細かな配慮が不足しているようであった。
2. ポジショニングを行う際に最も意識していたのは、ストレスサインとバイタルサインであった。
3. 多くの看護師が児の安静状態でポジショニングの成果を評価しており、経験年数が長いスタッフほど、時間の経過を意識し先を見据えていた。
4. ポジショニンググッズの使用に共通性がなかったこと、経験の浅い看護師は医療機器使用中の児のポジショニングに困惑していたことより、今後、マニュアルや講習プログラムにその内容を取り入れることが課題である。
5. ポジショニング能力の高い看護師は判断能力があり、経験もあるが丁寧で器用という結果が出たことより、そのようなスタッフが定期的に患児のポジショニングを客観的に評価する体制づくりが必要である。

本研究の限界と課題

調査対象者が回答しづらい質問の表現が複数あったと思われる。特に、ポジショニングの一連の流れを問う項目では、在胎週数や医療処置の有無など児の状態を指定し、具体的に手順が書けるような配慮が必要であった。また、A病院のマニュアルの中に、「ポジショニングは、体位変換と良肢位の保持である」と示しているため、質問の中で用語が明確に区別できていなかった。

おわりに

ケア技術を丁寧にマニュアル化することも大切であるが、ポジショニングやハンドリングはこれからも変化していくケアである。看護師はマニュアル通りだけでなく各患児に応じたケアを提供していく姿勢が重要である。そのためには、赤ちゃんのストレスや安定化の行動を読み取る力を養っていくことが課題である。

謝辞

本研究にご協力くださった看護師の皆様に感謝申し上げます。

利益相反に関する開示事項はありません。

文献

- 1) 木原秀樹.ディベロップメンタルケア（発達ケア）.母子保健情報,第 62 号,33-37,2010
- 2) 仁志田博司,大城昌平,渡辺とよ子,木原秀樹.標準ディベロップメンタルケア,204-214,メディカ出版,2014
- 3) 木原秀樹,新生児のポジショニングノートー Positioning of Premature Infants,15-26,110 メディカ出版,2015
- 4) 木原秀樹,動画で手技がみるみるわかる新生児発達ケア実践マニュアル Infants,64-65, 171-177 メディカ出版,2009
- 5) Neonatal Care 2016 vol.29 no.11 写真&動画でチェック!ナースの腕の見せどころ 赤ちゃんの発達を支援するケアの手技とコツ ポイント 29 Infants,5, 24-33,2016