

ISSN 2186-5981



滋賀医科大学看護学ジャーナル

Journal of Nursing, Shiga University of Medical Science
JN-SUMS



Vol. 14, No. 1, 2016

滋賀医科大学医学部看護学科

巻頭言

副学長に就任して思ったこと



滋賀医科大学副学長（教育研究等担当理事）

堀池 喜八郎

私が教育・研究等担当理事としてつとめたこの2年ほどの間に、人の心情的なことについて特に感じたことを述べます。

○たとえば世界平和について議論しているとします。個々の人が正義を主張します。たしかに正しいけれど、じゃあ、いま具体的に私たちはどうするのか、それは実行できるのか、実現可能なのか。議論はとかく正しいことについて、適切なことにはいきません。このことを竹内洋氏（関西大学教授・京都大学名誉教授）は「我々の職業病」であるといい、「世の中、正しいことと適切なことは違う・・・、現実はどう対応していくかというのは適切なことなわけです。」と述べています（近畿地区大学教育研究会 基調講演。一部改変）。いつも正しいことが適切なわけではありません。また実務においてはロマンチズムとリアリズムの区別も大切であることを実感しました。

○風が吹けば桶屋が儲かるという成句があります。大風→土ほこり→盲人→三味線→ネコ→ネズミ→桶という可能性のほとんどない因果関係を順々につなぎ、とんでもない結論を主張します。一つの過程の確率を1%とすれば、2段階の過程では1万分の1になり、80%としても3段階では可能性は50%に低下します（ $0.8 \times 0.8 \times 0.8 = 0.512$ ）。主張している人は各段階の確率を1と仮定していることを自覚していません。可能性だけでなく、蓋然性をふまえて定量的に議論することの大切さも痛感しました。

○たとえば「この頃の学生は××である」と意見を述べている。対象の「学生」は何を指しているのでしょうか。学生全般を装いながら実際は個別のあるいは特殊例である場合がよくあります。医学生・看護学生、男性・女性、教養課程・専門課程、できる学生・できない学生、まじめな学生・そうでない学生、・・・など、その背景や状況を詳細に確認しないと適切な結論になかなか至らないことがあります。

看護や医学は直接的に人を対象とする分野であり、学問的に正しいことと現場で適切なことが一致しないことがあります。しかも十人十色です。こういう点をしっかりと認識し、蓋然性を念頭においてことに当たることは重要です。

ともあれ、発言も含め人の行動の背景には感情・欲望があることも踏まえて、日々生じる事案や課題に対して、（正しく）適切に、またぶれずに対処していくことは大切であると強く思いました（当面の問題解決）。同時にバックキャストによるビジョンの設定もしっかりとしなければならないと痛感しました。

平成 27 年 12 月

目次

—巻頭言—	1
滋賀医科大学 副学長（教育・研究等担当理事） 堀池喜八郎	
—特別寄稿—	
看護管理者としてのビジョン	4
西村路子	
医学・看護学研究への工学的手法の応用	7
森川茂廣	
—研究報告—	
看護実践能力と職業的アイデンティティの関連から見る中堅看護師の実態	13
畠中易子 遠藤善裕	
NICU 退院後フォローアップ外来を受診する児童の両親の実情とニーズ	18
白坂真紀 桑田弘美	
要介護高齢者における皮膚油分水分量の経時的変化と掻痒感の実態	25
簗原文子 畑野相子	
死期が迫った患者の心理面への看護の特徴とそれを支える要因	29
—緩和ケア認定看護師の語りの分析—	
生田奈穂 畑野相子 簗原文子	
医療的ケアを必要とする子どもの親への退院支援	36
—両親へのインタビューから病棟看護師の役割を考える—	
西原静香 野秋絢美 桑田弘美 白坂真紀	
わが国で行われてきた母乳哺育終了時の乳房ケアの歴史	41
—近代の文献からの一考察—	
新池里沙子 立岡弓子	
—実践報告—	
付き添う保護者が不在の長期入院患児の発育を促す援助	47
—看護師と保育士の連携—	
大熊恵子 川根伸夫 深田章子 桑田弘美	

—投稿規程— 53

—編集後記— 56

編集委員長 畑野相子

— 特別寄稿 —

看護管理者としてのビジョン

西村 路子¹

¹滋賀医科大学医学部附属病院 副病院長兼看護部長

要旨

わたしは、平成 27 年 4 月に副病院長および看護部長を拝命した。着任した際に、大学への貢献を念頭に附属病院の看護部がどのような方針で活動すべきかをビジョンとして 3 つ打ち出した。1 つめは、病院の管理・運営、2 つめは、看護師教育、3 つめは、人材マネジメントである。

本院は、地域の中核病院として信頼される病院をめざしている。看護部門では、誠実かつ高い倫理観をもち、多様化するニーズに対応できる看護師の育成に努め、利用いただく患者さんに満足していただける質の高い看護の提供が最優先の課題と考えている。そして、わたしは中間看護管理者すなわち看護師長が要であると認識している。その看護師長の育成こそが看護の質の向上につながると確信しており、次世代の看護師長の育成には組織が一丸となり、同方向で取り組んでいくことが重要である。

キーワード：看護師教育、看護管理者、人材マネジメント

はじめに

現代、医療を取り巻く環境の変化は著しく、情報の先読みをしていかなければ、病院自体があっさり切り落とされていく時代である。わたしが看護管理者となった今、何に重きをおき、譲りがたきものは何かを以下に示していく。

1. ビジョン

看護管理者として、ビジョンを明確にし、目指すべきゴールに向かって旗を振ることは非常に大切なことである。看護部の組織は非常に大規模であり、皆にその方向を指し示し、行き先を告げなければまさに漂流してしまうのである。わたしは、着任当初に看護部運営会議にて、看護部副部長をはじめ、全看護師長に向け、3 つのビジョンを提示した。そして、執筆現時点の状況等を追記し、述べていく。

1) 病院の管理・運営について

2014 年の診療報酬改定では、「医療機能分化」「在宅医療の推進」が強く打ちだされた。それにより、急性期から長期療養病棟に至るまで、「在宅復帰率」が導入され、7 対 1 入院基本料に関する医療看護必要度・重症度割合が見直されたことは、滋賀医科大学も含め、7 対 1 入院基本料の算定病院においては大きな影響が現れた。重症度割合 15% を維持していくためには、必要度・重症度割合の精度の向上に加え、病床管理が要となってくる。2016 年の診療報酬改定においてもかなりの締めつけが予想され、12 月現時点では、『25% の維持』などといった、予想をはるかに上回る数字までが飛び交っている。現場においては、診療科、病棟ごとに状況は異なり、各部署の状況判断は非常に重要である。

診療科長、病棟医長と看護師長は常に情報を共有し、主体的に改善計画を立て、実施できることが望ましく、そのためにも看護師長に向けて、判断の確認を行っていく必要があると考える。よって、私自身は看護師長に対して、タイムリーな情報提供に心がけるようにしている。車に例えるなら、病棟医長と看護師長は両輪であり、いずれかが上手く回らなければ、前には進まない。看護管理者として、病院全体の各部署を俯瞰し、上手く進みきれていない部署には早期に介入し、対応していく必要がある。

国の政策がすぐさま病院経営に反映されるということは、今後も避けられない事実であり、既に病院の淘汰や再編がすでに始まりつつある。2018 年には、診療報酬と介護報酬の同時改定を控えており、今以上の影響が予測され、その改定を見据え、今から着手しておかなければならない。病院の管理部門だけでなく、全職員が 4 年後を見据えた取り組みをイメージできるようにビジョンを明確にしておく必要がある。

次に、病院の収益に最も影響力があるのは手術部門であるため、その稼働を効率よく運用する必要がある。各診療科の手術実績と手術待機件数から手術単位を定期的に見直し、確実に修正を行っていくことを提案し、手術室稼働の効率化を考えていきたい。

私は、看護部長は常に情報に敏感であるべきと考える。そのため、国の医療政策の重点課題を先読みし、国のねらいが何であり、病院機能にどのような期待がよせられているのかを把握したうえで、本院の課題解決に向け、どう行動を起こしていくべきかを積極的に提案していきたい。さらに、病院経営に携わるものすべてが共通認識できるように情報を共有していける仕

組みをつくっていく必要があると考える。病院が成長するためには、質の高い医療・看護の提供が不可欠であり、なおかつ良質でなければ病院の存続は危ぶまれ、いずれ崩壊する。

組織が成功するためには、一定の経済性を担保する必要がある。そのために利益重視で突っ走るのは非常に危険ではある。目的は「高度かつ良質な医療の提供」であることを念頭におき、それさえぶれなければ、志が同じ優秀な人材が引き寄せられてくると考える。魅力ある組織をつくるためにも医療の質と経済性という微妙なバランスを保持していくことも重要な点である。

2) 看護師教育について

(1) 現任教育について

滋賀医科大学医学部附属病院の看護師教育プログラムについては、能力評価として位置づけているクリニカルラダー制度が着実に根付いている。また、認定看護師、専門看護師の数は、国立大学病院の中でも上位に位置している。これらは、他施設の看護管理者や大学を含む教育機関からは、非常に高い評価を得ており、教育体制の充実を理由に、滋賀医科大学を就職先として選ぶ学生も増えてきている。

平成27年度7月1日時点の認定看護師、専門看護師、認定看護管理者の数および領域等の内訳を図1に示す。

滋賀医科大学医学部附属病院 看護師 Specialist	
専門看護師 4領域 6名	認定看護師 12領域 27名
がん看護 3名	救急看護 6名 (35月休1名)
精神看護 (リエゾン) 1名	皮膚・排泄ケア 5名
地域看護 1名	集中ケア 2名
母性看護 1名	緩和ケア 2名
	がん化学療法看護 2名
認定看護管理者 5名	がん性疼痛看護 1名 (35月休1名)
出向中 感染管理 1名	感染管理 3名
	摂食・嚥下障害看護 2名
	小児救急看護 1名
	新生児集中ケア 1名
	がん放射線療法看護 1名
	糖尿病看護 1名
在籍者 38名 (休業者2名) 平成27年7月現在	認定看護師養成学校修了者 がん化学療法看護 1名 集中ケア 1名、脳卒中リハ 1名

図1 スペシャリスト等領域別人数内訳

行政は、今まで看護配置基準や認定看護師の専従配置などの量的なものをベースに報酬を決定してきたが、これからの時代は質的に評価されることが伺える。よって、看護の質の向上に対して、成果を出すことが求められると考えると、現場でどの部分の力が不足しているのか、早期に手だてを打つ必要がある。

本学は、文部科学省のGPによる臨床教育看護師と助産師の育成を行ってきた。平成26年度までに30名が受講し、各部署で活躍している。これらの看護師・助産師に対して継続教育を行いながら、現任教育をさらに充実させていきたいと考える。

(2) これからの時代に求められる看護師育成を見据えた研修の拡充

クリニカルラダー制度にリンクさせている看護研修計画においては、臨床教育看護師を活用した研修を企画し、特にアセスメント能力を高める研修に力を注ぎたい。

アメリカのIOM(米国国立科学アカデミー医学研究書)の報告書によると、大学レベル以上の教育を受けた看護師の割合が多い病院と少ない病院とでは、多い病院の方が、患者の死亡率が低いという結果がでている¹⁾。当院の看護学士以上の占める割合も年々増えている。臨床現場における現任教育がいかに重要であるかを深く感じる。考える力を最大限に引き出せるよう、教育者の教育も大きな課題である。

次に、地域連携に視点をのいた研修が必要であると考える。なぜならば、入院と同時に退院を見据えた継続看護が各部署に求められるからである。部署の看護師が退院支援の能力を身につけ、一定の水準で退院調整ができるようにしていくことが必要であると考え。地域包括ケアシステムを鑑みて、われわれの病院が果たすべき役割は、住み慣れた土地で安心した生活、医療が受けられるように支援していくことであり、その入院部分の医療の質・看護の質をいかに向上させ、対応させていかなければならないのである。「時々入院、ほぼ在宅」の「時々入院」の部分に責任を持ち、在宅復帰に向けられるよう取り組んで行く必要がある。そのためにも在宅支援の強化を行い、知識・技術の向上にむけた研修が大きな意味をもつ。

最後に看護管理者研修である。看護管理者は、各部署の要といえる。そのため、良くも悪くも看護管理者により、組織の成果が左右されるほど大きな存在であると考え。看護管理者の経営能力は、診療報酬の上位加算を獲得するために、如何なる手段が可能であるかを考え、その考えを活用し実践していくなかで培われる²⁾。その経営視点を常にもっていることが重要といえる。そのためにも情報を正確に収集し、集めたデータを分析し、どのような目的でどう示していくかというノウハウを看護管理研修の中に組み入れ、データ活用のできる看護管理者をより多く育成していく所存である。

3) 人材マネジメントについて

「人」と「組織」を最大限に、かつ効果的に機能させるために欠かせないものが人材マネジメントである。そのため、ハードの部分とソフトの部分から方針を述べていく。まず、ハードの部分については、採用、育成、配置、評価、処遇についてである。ソフトの部分については、信頼、主体性、連帯感についてである。

これらの二つの部分を機能させることで、人材マネジメントは機能するもの考える。これらを機能させていくには、看護部長としての手腕次第である。

ハード部分の採用については、本院の強みを最大限にアピールするため、就職説明会では積極的に良さを伝えている。そして採用人数は、採用年度の前年の稼働率実績から各部署配置数を適正に算出し、必要看護師数を割り出し、算出の提案をしていく。続いて、育成および評価は、教育システムおよび人事評価システムに則り実施していく。処遇については、職務満足度やキャリアプランによる看護職員からの直接的な意見や看護師長からの情報収集等で評価していき、必要時には根拠を示し、要望案を出していくなど俊敏に対応していく必要がある。

次に、ソフトの部分である信頼、主体性、連帯感については、常に看護部長としてあらゆる職種の職員とコミュニケーションを円滑にとることを意識している。そして必要な情報を共有していき、病院のビジョンに向かい主体性をもち活動していく。看護部門においては、強いリーダーシップにより、求心力を高め、組織力を強化していき、病院のあるべき姿に近づき、維持していく。そのためには、一人ひとりが滋賀医科大学の職場、仕事にコミットできるよう、魅力ある組織作りが必須である。魅力ある組織を作っていくには、やはり働きやすい環境である。

前述のIOMによると、看護師の労働環境の悪さと高死亡率や患者の満足度が低いなどの患者アウトカムの低さとは相関している¹⁾ ^{再掲}という研究結果である。つまり、患者アウトカムを向上させていくためにも、環境調整が極めて重要といえる。

昨今の医療制度のめまぐるしい変化に対応していくためには、看護師長や副看護師長の育成は重要である。しかし、その職位となってから看護管理を学習しているようではもはや遅すぎる。そのためにも、早い段階から個人の資質を見抜き、次期看護管理者を育成していくことは、病院にとっても大きな成果となりうると考え、引き続き取り組んでいくつもりである。

2. 今後さらに拡充すべきこと

1) 国際交流

当院看護部は、これまでに海外の大学および病院との交流を図ってきた。従来は研修に派遣するだけの施設もあったが、今年は派遣だけでなく、先方からの受け入れも行い、交流として確立してきた。現在はその施設も増え、ベトナムチョーライ病院、インドネシア脳神経センター、マレーシア大学、アメリカIOWA大学病院、中国上海浦南病院、ハワイ大学である。当院から海外研修として派遣したり、留学生として研修

を受け入れたり、活発に行っている。今後は内容をさらに充実させ、継続していく。

2) 看護管理者の問題解決能力の強化

どの業界においても、問題解決能力は必須である。医療現場で働く看護管理者においても問題解決能力は不可欠である。そのために、当院の看護管理研修では、問題解決技法を取り入れ、育成している。

私が問題解決技法を取り入れた研修において、受講者にとって非常にインパクトのあったフレームワークを紹介する。ロジカルシンキングに使える「空」→「雨」→「傘」である³⁾。これは、意思決定のフレームワークで最も有名なものとされている。

「空」：空を見上げたら雲がかかっている（事実認識）

「雨」：雨がもうすぐ降りそうだ（事実解釈や予想）

「傘」：そうだ！傘を持っていこう（判断・行動・提案）

「空を見て、雨が降りそうだから傘を持っていこう」の略である。これらように、事実を認識し、事実を解釈、予想し、判断した結果行動に移すという思考の順序が示されている。この一連の流れに沿って考えなければ、誤った判断で行動してしまうのである。

自分が「傘」を持っていくという行動に至った経緯を確認するには、「傘」→「雨」→「空」というように逆に考えていくと、なぜその判断に至ったか、なぜそのように認識したのかということが考えられ、思考の根拠が明確になり、つながっていることが理解しやすい。日頃よりこの思考を活用しながら、矢のように打ち放たれてくる問題を軽快に解決できればいいのであるが、問題は多種多様である。経験を積み、学習を怠らず、問題解決をスムーズに行える看護管理者をめざし、これから先の看護管理を実践していきたい。

謝辞

看護部長就任の年にこのような機会を与えてくださいました畑野教授、ならびに編集に携わっていただいた方々に御礼申し上げます。

文献

- 1) リンダ・H・エイケン, 翻訳 和泉成子: 人間を守るための看護の戦略—ヘルスケアの質改善の鍵: 看護の力を活かす—, 看護実践の科学, 30(4), 58, 2005.
- 2) 藤野みつ子, 西村路子: 組織を成長させる看護管理者の育成. 看護展望, 39(1), 15, 2014.
- 3) 中川郁夫: 問題解決の全体観上巻ハード思考編, 40, (株) コンテンツ・ファクトリー, 東京, 2008.

— 特別寄稿 —

医学・看護学研究への工学的手法の応用

森川茂廣

滋賀医科大学医学部看護学科基礎看護学講座（形態・生理）

要旨

本学では、20年間MRを中心とした研究に従事し、その後の7年間看護学科に在籍した。2テスラ、7テスラの動物実験用MR装置では、MR画像とMRスペクトロスコピーの研究を行い、MR信号の高速・高感度検出のために、動物サイズや目的核種に合わせて信号検出コイルを自作し、撮像プログラムやデータ処理プログラムを改良するなど、ソフト・ハード両面から取り組みを行った。オープンMR装置では、臨床各科と連携して、安全で効果的な低侵襲手術を遂行するため、新しいMR対応手術機器、ナビゲーションソフトウェアの開発を行った。また指定した標的を自動追尾するMR対応穿刺支援ロボットを製作し、肝腫瘍症例23例に対して臨床応用を行い、良好な結果を得た。看護学科では、オープンMR装置による坐位での骨盤MR画像を用いた尿失禁研究に参画した。いずれの研究においても工学的手法が大きな役割を果たした。

キーワード：MR画像、MRスペクトロスコピー、MRガイド手術、手術ロボット、尿失禁

はじめに

多くの医工連携研究プロジェクトが推進されて久しい。医学の分野だけで成し得なかったことが工学の力を借りることにより飛躍的に進歩し、工学もその研究成果を応用できるフィールドとして医学の分野に進出してきた。近年、そういった研究者の活躍の場が、看護・介護の現場にも広がりを見せるとともに、臨床の看護の現場においても、あるいは看護研究の手法としても工学的な技術支援が強く求められてきている。滋賀医科大学において、工学部出身の教授とともに20年間MRスペクトロスコピー、MR画像の研究に従事し、その後、7年間看護学科の教員として過ごさせていただいた、医学的な研究成果については、すでに発表した論文を参照いただくことにして、ここでは、もともと外科医である筆者の工学的な取り組みを中心に、自分の医学・看護学の研究と工学のかかわりについて振り返ってみようと思う。

1. MRスペクトロスコピー

平成元年に新設医科大学で初めての研究センターとして、分子神経生物学研究センターが設置され、その一部門として我々の分子生命動態学部門が、MRに特化した寄附講座としてスタートした。MRといえば、ほとんどの方がMR画像を思い浮かべられると思うが、われわれは、生体内の代謝の状態を非侵襲的に評価できるMRスペクトロスコピーを動物実験用の2テスラのMR装置、CSI OMEGA（図1）を用いて行った。臨床で消化器と末梢血管の外科に従事していた私は、下肢骨格筋の虚血・再灌流障害を対象とする研究に取り掛かった。まず行ったのは、ラットの後肢の一時虚血・再灌流モデルと ^1H ・ ^{31}P 二重同調コイルの作製であった。ラットのモデルは比較的簡単にできたが、後肢のイメージとリン酸エ

ネルギー代謝を2テスラのこの装置を用いて評価するには、34 MHz(^{31}P)と85 MHz(^1H)の2つの周波数に同調するコイルが必要であった。中学時代にラジオの自作を試み、結局失敗に終わった苦い経験を持つ私であったが、見よう見まねでディスポの注射器の外筒を使って、図2のようなコイルを作製した。これがビギナーズラックでかなり性能がよいものが出来上がった。後肢骨格筋全体の観測では、虚血中のエネルギーレベルの低下と再灌流後の回復が非侵襲的に観察されたが、その回復は完全ではなかった¹⁾。そこで、スペクトロスコピックイメージング (SI) の手法を用いてリン酸エネルギーレベルの画像化を行い、通常のMR画像と対比した。ラット後肢の虚血・再灌流では、赤筋部分は回復するが、白筋部分は高度の浮腫とエネルギーの枯渇が起り、筋肉によって障害の様相が異なることが明らかとなった²⁾。これで気をよくして、ラットの脳や肝臓、ウサギ心臓用のコイル



図1 2.0 T 動物実験用MR装置 GE社 CSI OMEGA.

など、いろいろなコイルを製作した。その中には、ウサギ慢性肝障害モデルでのエネルギーレベルを経時的に追跡するため、ワイヤレスのコイルもある。これは図3のように、回路部分と標準サンプルをシリコンで覆って、ウサギ肝臓の葉間に埋め込み、測定時は体外よりアンテナを当てて肝臓のMR信号を検出するものである。その結果、半年近くの長期間にわたって継続して、肝臓の³¹P-MRスペクトルを観測することができた³⁾。

電気工作だけでなく、ソフトウェアの製作にも取り組んだ。データ処理プログラムとしては、通常のSIは、各ピクセルのスペクトルから特定の化合物の含量を画像化するものであるが、³¹P-NMRのスペクトルでは、クレアチンリン酸と無機リン酸のケミカルシフトの差 (δ) から $\text{pH} = 6.75 + \log(\delta - 3.27 / 5.69 - \delta)$ の式を用いて細胞内のpHを求めることができる⁴⁾。そこで、そのpHの情報を画像化し、pH画像を構築する手法について報告した⁵⁾。この方法を用いることにより、ラットの虚血・

再灌流モデルでは、乳酸の蓄積部位とpHの低下する部位に解離が見られる⁶⁾こと、人の虚血状態の運動では、pHの低下する部位と痛みを生じる部位がよく一致すること⁷⁾などを見出した。

SIの観測には長時間を要するため、高速・高感度を実現するためにいろいろな工夫を行った。その一つとして、超高速撮像法として臨床応用されているEcho Planar Imaging (EPI) の手法を応用した、Echo Planar Spectroscopic Imaging (EPSI) 法(図4)を実現するパルスプログラムとデータ処理プログラムを作成した。この方法は、通常はマトリクス $m \times n$ の2次元画像を構築するために $m \times n$ 回データを収集する必要があるが、 m ポイントのエコー信号を繰り返し観測することでデータ収集を n 回で済ますことができ大幅に測定時間の短縮を実現することができる。この方法を用いて、ラットの中大脳動脈の一時虚血モデルでの虚血と回復を含めた経時的な脳代謝画像の観測に成功し、血糖レベルと虚血障害の可逆性の関係を明らかにした⁸⁾。

また、脳の唯一のエネルギー源はグルコースであり、脳内のグルコース代謝を分析することは脳研究においてきわめて重要である。われわれは、自然界に1%存在する安定同位元素である¹³Cグルコースをトレーサーとして使い、感度の低い¹³C NMR信号を高感度で検出するため、EPSIと多量子遷移を利用した¹H検出¹³C-SI法により、投与された¹³Cグルコースと、そこから生成される脳内グルタミン酸/グルタミンと乳酸の分布を明らかにすることに成功した⁹⁾。

このように、MRを単なる医学研究のためのツールとして用いるのではなく、ソフト、ハードの両面からより有用な情報を得られるような取り組みを行ってきた。

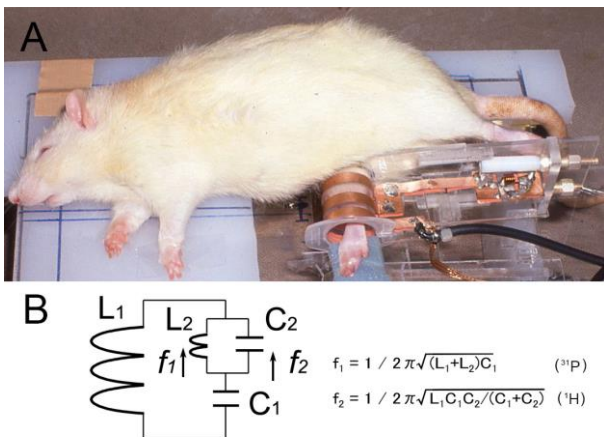


図2 ラット後肢用¹H, ³¹P二重同調容積コイル。(A) 麻酔下のラット後肢をコイル内に挿入。(B) 二重同調コイルの回路図。

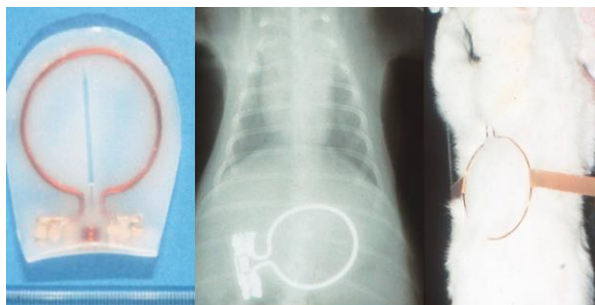


図3 ウサギ肝臓用¹H, ³¹P二重同調ワイヤレスコイル。左：シリコンに包埋された回路とガラス管内の標準サンプル、中：肝臓の葉間にコイルを埋め込んだウサギのレントゲン写真、右：測定時にはアンテナを体外からあてて信号を観測。

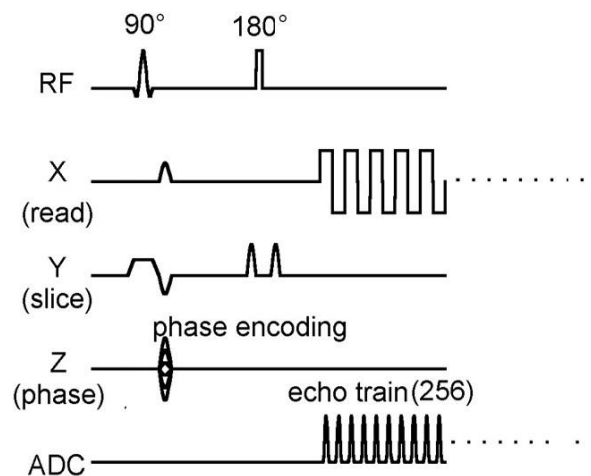


図4 Echo Planar Spectroscopic Imaging (EPSI) のパルスプログラム。傾斜磁場の高速反転により連続的にエコー信号を観測して高速の代謝画像を実現する。

2. オープンMR装置による画像誘導手術

外科医である自分にとって大きな転機となったのは、本学で2000年からアジアで初めての手術監視用オープンMR装置が稼働を開始したことである。これは、ドーナツ型の2つのマグネットが並ぶユニークなデザインで、2つのマグネットの間から術者が患者にアクセスし、磁石内の液晶モニターに表示されるMR画像をモニターしながら治療を行うものである(図5)。この装置には、図6のような光学式トラッキングシステムが備えられ、穿刺針などの方向に一致した撮像面を術者が自由に設定でき、しかも、MR画像は放射線被曝がないので、リアルタイム画像を連続的にモニターしながら治療を行うことができる。このオープンMR装置を用いて、脳外科、消化器外科、整形外科、耳鼻科など、外科系臨床各科と様々な手術を行ったが、すべてが国内初であり、いろいろな工夫や新しいMR対応手術器具の開発が必要であった。ここでの手術で特筆すべきは肝腫瘍などの悪性腫瘍に対するMRガイド下マイクロ波凝固治療で、すでに350例を超えている。マイクロ波凝固治療装置は日本で発達を遂げた手術機器で、2.45 GHzのマイクロ波はMR画像へのノイズが軽微であり、温度変化によるわずかなMR信号の周波数の変化から求められるMR温度画像(図7)によりマイクロ波照射中の温度変化をリアルタイムで知ることができる。この相性の良いMR温度画像とマイクロ波を組み合わせた治療は世界初の試みで高い評価を受けている¹⁰⁾。

この治療をより有効に行うために、トラッキングシステムの穿刺可能領域を拡張するアダプター、マイクロ波装置からのノイズを遮断するフィルター、磁性体を除去したMR対応内視鏡システム、ハーバード大Brigham and Women's Hospitalで開発されたナビゲーションソフトウェアの導入¹¹⁾、温度画像表示のための独自ソフト



図5 ダブルドーナツ型オープンMR装置SIGNA SPi. 2つのマグネットが縦方向に並び術者はその間からMR画像をモニターしながら手術を行う。

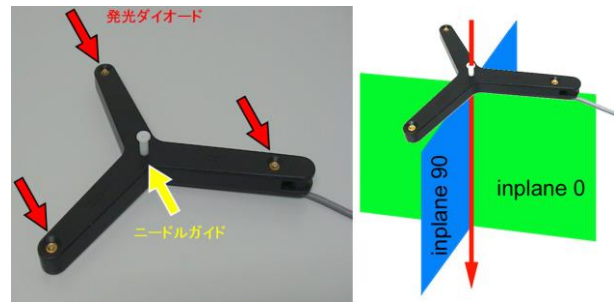


図6 光学式トラッキングシステム、FlashPoint (IGT) . 3つの発光ダイオードで位置と方向を計測し、穿刺針の方向に一致した撮像面を設定する。

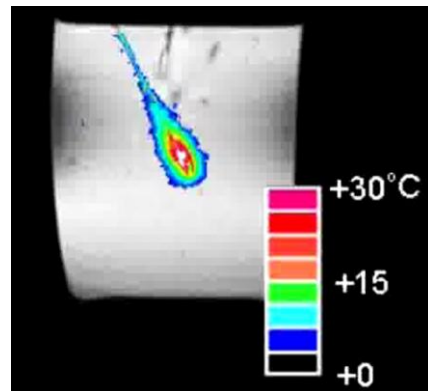


図7 寒天ファントムでのMR温度画像. MR対応針状電極でマイクロ波を照射している。

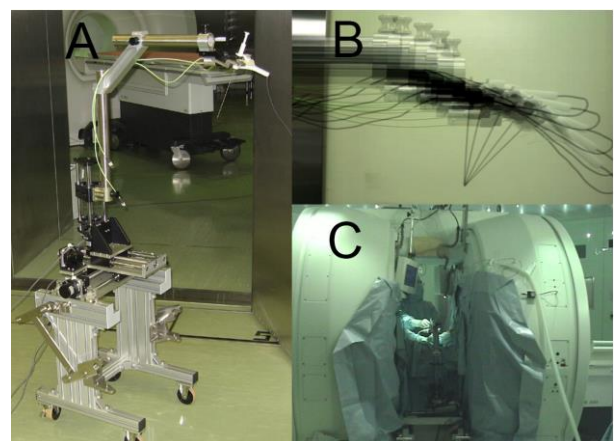


図8 MR対応穿刺支援ロボット. (A) ハンドピースにはトラッキングシステムの3個のダイオードと光学式角度センサー2個が取り付けられ、台座部分には3軸方向に超音波モーターが設置. (B) ハンドピースの方向が変化しても針先位置は常に標的位置を追尾. (C) 臨床応用されているロボット.

ウェアの開発、治療部位の3次元表示と記録のための機能追加、画像転送システムの改良¹²⁾、MR装置を制御可能な独自ナビゲーションソフトの開発¹³⁾など様々な工学的な取り組みを行った。

更に、東京大学の工学研究者と共同で、非磁性超音波モーターを備えたMR対応穿刺支援ロボットを製作した(図8A)。このロボットは術者がハンドピースを操作すると光学式の角度センサーがその方向を検知し、その情報に基づき、台座部分の3軸のモーターが駆動して、仮想の穿刺針の先端位置が常に設定した標的位置に一致するように制御されている(図8B)。このハンドピースに設置されている発光ダイオードの情報により穿刺針の方向に基づくリアルタイムMR画像が表示され、術者はこの画像をモニターしながら穿刺を行うものである。このロボットに厳重な安全装置を加えて、倫理委員会の承認を得たうえで臨床の肝腫瘍症例23例に応用し、良好な結果が得られた(図8C)¹⁴⁾。

このロボットは、臨床応用を目的として開発したもので所期の目標は達成できたが、長期間かけて開発してきたものなので、これを改造して、一般のMR装置でも利用できるように、MR近傍まで持ち込めるように改造した超音波画像診断装置と組み合わせた新たなシステムとして開発に取り組んでいるところである。



図 9 通常 MR 装置と超音波画像装置を併用する標的追尾ロボット。

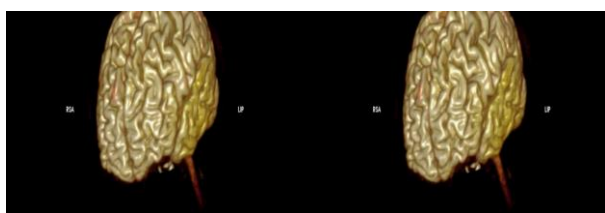


図 10 視差角の異なる左目用の画像と右目用の画像を左右に配置した立体視教材。

3. 看護におけるMR画像

教育に関しては、看護学科では、1年生の解剖と生理、フィジカルアセスメントの講義を担当することになった。大学に入学したばかりで女子がほとんどの1年生に解剖学に興味を持ってもらうために、解剖アトラスより医用画像を積極的に活用することを心掛けている。その一つとして、MRやCTなどの医用画像をもとに、偏光式の3Dテレビで立体表示できる教材を独自に製作した。これは、高解像度のデジタル画像を3D構築し、視差角が1~2度異なる左目用の画像と右目用の画像を左右に配置して(図10)、映画館の3D映画と同じく偏光眼鏡をかけて見るものである(図11)。学問的に価値の高いものとは言えないが、学生には興味を持つきっかけになったと考えられ¹⁵⁾、オープンキャンパスなどに活用するとともに大学のメディカルミュージアムにも教材を提供している。

また、看護学科の学生にも、MRの多彩なコントラストについて理解してもらいたいという観点から、大学院の特論では、MRの撮像原理やコントラストについての講義を行うとともに、4回生の卒業研究にも、動物実験の講習と資格認定を受けさせ、7テスラの装置や1.5テスラのMR装置を用いて、ラットやウサギを使った動物実験を取り入れている(図12)。



図 11 偏光眼鏡をかけて3Dテレビに表示された教材を観察する学生。



図 12 看護学科4回生の卒業研究のためのMRを使った動物実験。

研究に関しては、母性領域の先生方が行っておられるMRを用いた尿失禁研究をお手伝いして、少しは看護らしい研究に参加させていただくことができた。オープンMR装置は縦方向にスペースがあり、坐位で重力がかかった状態での骨盤の撮像が行える。骨盤底のMR画像を効率よく撮像するために、便座カバーにコイルのエレメントを仕込んだ撮像用のコイルを製作した(図13)。この状態で「安静時」、「骨盤底筋収縮時」、「怒責時」のダイナミック撮像を行う。矢状断面の画像で恥骨下縁と第2尾骨を結ぶpubococcygeal line (PC line) を基準として膀胱頸部の位置を評価すると、いずれの条件下でも、サポート下着を着用することにより、膀胱頸部の位置は明らかに上昇している(図14)。45例の経産婦が3か月間サポート下着を着用すると、下着を着用しない状況でも膀胱頸部の位置は有意に上昇し、尿失禁症状も明らかに改善することが明らかとなった¹⁶⁾。坐位のダイナミックMR画像を用いた尿失禁研究は本学でしか行えないユニークな研究で、有効なサポート下着の開発、力学的シミュレーションによる骨盤内臓挙上のための有効な締め付け力とその部位の探索、臓器下垂の評価など様々な研究分野へ展開されている。

尿失禁研究のほか、坐位のイメージは、運転姿勢を再現できるため、FRPや木製のドライブシートを持ち込んで、自動車の安全性向上のために、研究機関や関係企業と共同研究を継続的に行っている。

4. おわりに

滋賀医科大学在職中のMRを中心とする研究活動について述べさせていただいた。こうして振り返ってみると、自分は医学の研究者というよりも、エンジニアとしての役割を担うことが多かったように感じる。もちろん工学の専門知識を持っている訳ではなく、あまり高度なことはできないが、工学研究者との連携を通じて多くのことを学ばせていただいた。「餅は餅屋」という考えもあるが、今となっては、垣根を越えてできることは自分であるというスタイルもあっていいのではないかと考えている。看護も私にとっては未知の領域であったが、厚かましくも飛び込ませていただいた。幸い、看護でも尿失禁研究など、自分が少しは貢献できる研究分野に出会うことができた。ちょうどそんな折、東京大学が中心となって看工連携プロジェクトを進めておられ、私の看護学科への移動と本学のMRによる尿失禁研究を大歓迎していただき、看護理工会の立ち上げにも参画させていただいた。そのおかげで、学外の看護の先生方との交流も広げることができた。

看護の領域では、「それって看護の研究ですか？」という言葉に時に耳にすることがある。医学の領域では、もっといろいろな研究がおこなわれているが、「それっ

て医学の研究ですか？」という言葉は聞いたことがない。経験の浅い私が言うのもどうかと思うが、臨床でも多職種連携が叫ばれている今日、看護の研究者も、あまり「看護」という垣根を作らず、どんどん他の分野にも研究領域を拡げて行っているのではないかと考える。

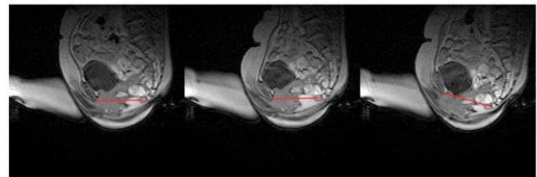


図13 オープンMR装置による坐位での骨盤撮像と撮像のための便座型表面コイル。

下着非着用



下着着用



安静 収縮 怒責

図14 サポート下着非着用時(上段)と着用時(下段)の安静時、骨盤底筋収縮時、怒責時の骨盤のダイナミックMR画像。赤線はpubococcygeal lineを示し、いずれの条件下でも下着による膀胱頸部の挙上効果が明らかに認められる。

文献

- 1) Morikawa S, Kido C, Inubushi T: Observation of rat hind limb skeletal muscle during arterial occlusion and reperfusion by ³¹P MRS and MRI. *Magn. Reson. Imaging* 9: 269-274, 1991.
- 2) Morikawa S, Inubushi T, Kito K. Heterogeneous metabolic changes in rat calf muscles during ischemia and reperfusion. in vivo analysis by ³¹P NMR chemical shift imaging and ¹H MRI-*Cardiovasc Surg*. 1:337-342, 1993.
- 3) Morikawa S, Inubushi T, Kito K, Amano S. Long-term observation of in vivo ³¹P NMR spectra in carbon tetra chloride-intoxicated rabbit liver using implanted wireless surface coil. *NMR Biomed* 8, 3-8, 1995.
- 4) Taylor DJ; Styles P; Matthews PM; Arnold DA; Gadian DG; Bore P; Radda GK. Energetics of human muscle: exercise-induced ATP depletion. *Magn Reson Med* 3:44-54, 1986.
- 5) Morikawa S, Inubushi T, Kito K, Kido C. pH Mapping in Living Tissues: An application of in vivo ³¹P NMR chemical shift imaging. *Magn. Reson. Med* 29, 249-251, 1993.
- 6) Morikawa S, Inubushi T, Kito K. Lactate and pH mapping in calf muscles of rats during ischemia/reperfusion assessed by in vivo proton and phosphorus magnetic resonance chemical shift imaging. *Invest Radiol*, 29, 217-223, 1994.
- 7) Morikawa S, Inubushi T, Kito K, Tabata R. Imaging of phosphoenergetic state and intracellular pH in human calf muscle after exercise by ³¹P NMR spectroscopy. *Magn Reson Imaging*, 12, 1121-1126, 1994.
- 8) Morikawa S, Inubushi T, Ishii H, Nakasu Y. Effects of blood sugar level on rat transient focal brain ischemia consecutively observed by diffusion-weighted EPI and ¹H echo planar spectroscopic imaging. *Magn Reson Med* 42:895-902, 1999.
- 9) Morikawa S, Inubushi T. Fast ¹³C-glucose metabolite mapping in rat brain using ¹H echo planar spectroscopic technique at 2T. *J Magn Reson Imaging* 13:787-791, 2001.
- 10) Morikawa S, Inubushi T, Kurumi Y, Naka S, Sato K, Tani T, Yamamoto I, Fujimura M. MR-Guided microwave thermocoagulation therapy of liver tumors: initial clinical experiences using a 0.5 T open MR system. *J Magn Reson Imaging* 16: 576-583, 2002.
- 11) Morikawa S, Inubushi T, Kurumi Y, Naka S, Sato K, Tani T, Haque HA, Tokuda J, Hata N. New assistive devices for MR-guided microwave thermocoagulation of liver tumors. *Acad Radiol* 10:180-188, 2003.
- 12) Morikawa S, Inubushi T, Kurumi Y, Naka S, Sato K, Demura K, Tani T, Haque HA, Tokuda J, Hata N. Advanced computer assistance for magnetic resonance-guided microwave thermocoagulation of liver tumors. *Acad Radiol* 10: 1442-1449, 2003.
- 13) Sato K, Morikawa S, Inubushi T, Kurumi Y, Naka S, Haque HA, Demura K, Tani T. Alternate biplanar MR navigation for microwave ablation of liver tumors. *Magn Reson Med Sci* 4: 89-94, 2005.
- 14) Morikawa S, Naka S, Murakami K, Kurumi Y, Shiomi H, Tani T, Haque HA, Tokuda J, Hata N, Inubushi T. Preliminary clinical experiences of a motorized manipulator for magnetic resonance image guided microwave coagulation therapy of liver tumors. *Am J Surg* 198: 340-347, 2009.
- 15) 曾我浩美、吉川治子、塩月友美、足立みゆき、森川茂廣 形態機能学の学習への3D立体表示教材導入の取り組み *滋賀医大看護ジャーナル* 12: 65-68, 2014.
- 16) Ninomiya S, Saito I, Masaki K, Endo Y, Morikawa S, Okayama H: Single-arm pilot study to determine the effectiveness of the support power of underwear in elevating the bladder neck and reducing symptoms of stress urinary incontinence in women. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms* 6: 81-87, 2014.

研究報告

看護実践能力と職業的アイデンティティの関連から見る 中堅看護師の実態

畠中易子¹, 遠藤善裕²

¹ 聖泉大学看護学部 ² 滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

要旨

医療現場の中核となる5年から19年の看護師を対象に、看護実践能力と職業的アイデンティティの関連を調査した。調査方法は無記名自記式質問紙調査で、基本属性、看護実践の卓越性自己評価尺度 - 病棟看護師用 -、職業的アイデンティティ尺度、を問う調査票900部を15病院に配布した。回収数461部(回収率51.2%)有効回答303部であった。看護実践の卓越性尺度の総得点と職業的アイデンティティ尺度の間で正の相関が見られ($r=.597$)、中堅看護師の看護実践能力が職業的アイデンティティに影響していた。看護実践の卓越性尺度の下位尺度と職業的アイデンティティ尺度において、全ての下位尺度で正の相関がみられた。看護実践の質が卓越している高得点領域が29名(9.6%)の結果から、多くの中堅看護師は自己の実践を評価しておらず、他者評価も適切に受けていないことが示唆された。職業的アイデンティティの確立には、自己の看護実践を承認できる支援体制が必要である。

キーワード 中堅看護師、職業的アイデンティティ、看護実践能力

はじめに

現在、患者の高齢化や重症化、医療技術の進歩などの社会状況に対応すべく、看護師は質の高いケアを提供するために常に研鑽に励み能力の維持・開発に努めなければならない。医療の中核を担うのは、中堅看護師と呼ばれる看護師である。中堅看護師は、指導的役割を持っており、また看護ケアに取り組む姿勢など、他のスタッフに与える影響も大きい。特に中堅看護師が高い看護実践能力を具備していることは、看護ケアの質の向上に不可欠である¹⁾。しかし、中堅看護師の状況について先行研究では、臨床経験を積むことで一定段階の業務はこなせるが、個別性に応じた判断が困難な状況²⁾や、日々の過密化した業務に追われマンネリ化³⁾、中堅看護師の意欲低下が看護の質の向上に影響している⁴⁾と報告されている。

中堅看護師の定義は様々であり、臨床経験5年以上としている場合が多い⁵⁾。医療現場の中核を担う中堅看護師の職業的アイデンティティは、多くの臨床経験から確立されていくと考えられる。職業的アイデンティティの確立は、専門的看護実践を行うために不可欠であり、看護ケアの質を左右するものである⁶⁾。しかし、先行研究によると職業的アイデンティティは、8年目で短大入学後の1年生並に低下し⁷⁾、また、4~6年よりも7~10年の看護師で、職業的アイデンティティが低下していると報告されている⁸⁾。

看護師の実践能力は4~6年を頂点にそれ以降低下、あるいは横ばいであり⁸⁾、臨床経験年数とは必ずしも相関はしないと報告されている⁹⁾。これは、中堅看護師に求められる看護実践能力は、経験すれば誰もが必ずしも身につけているとは言えない現状を示唆してい

る。看護師は、ある目的を持って看護実践を行い、その行為と結果を振り返ることにより、洞察力を深め、新しい知識・技術・価値を身につけ¹⁰⁾、質の高いケアを実践することができる。つまり、看護師は看護実践を通して職業的アイデンティティを確立していくと思われる。中堅看護師の看護実践能力、職業的アイデンティティについてそれぞれの研究はあるものの、看護実践能力と職業的アイデンティティの関連を見たものはない。

そこで本研究では、中堅看護師の看護実践能力が職業的アイデンティティに影響しているかを明らかにすることを目的とした。看護実践能力と職業的アイデンティティが関連しているかを明確にすることは、中堅看護師の実態を明確にし、継続教育に向けての基礎資料となる。

研究方法

1. 調査対象

調査対象は、京都府・滋賀県内の300床以上の病院で一般病棟に勤務している臨床経験5年から19年以内の中堅看護師とした。臨床経験年数は、自分の方向性を模索する試行期、臨床経験20年を維持期とする¹¹⁾などの先行研究を参考に設定した。管理的な立場にあり、病棟から離れている看護部長・副看護部長、院内の教育対象から外れる非正規の看護師・パートの看護師、及び看護教育内容から考え准看護師は対象から除外した。

病院の選定は、看護配置基準が7対1の配置基準を満たしており、クリニカルラダーを基本に教育体制が確立され、キャリア教育がなされ認定看護師が8名以

上の病院とした。

2. 調査方法

看護部長の同意が得られた後、無記名自記式質問紙と個人の返信用封筒を送付し、個人郵送にて回収した。また留め置きが可能な病院では、2週間留め置きの後、研究者が回収した。

3. 調査項目

1) 基本属性

性別・年齢・最終学歴・取得免許・臨床経験年数・同一病院での勤続年数・役職の有無・結婚歴・家族構成・キャリアアップの支援体制・病床数・所属部署の12項目であった。

2) 職業的アイデンティティ尺度

職業アイデンティティ尺度 (Professional Identity Scale for Nurses: 以下 PISN) は、臨床経験5年以上の看護師を対象とした職業的アイデンティティを測定する尺度である¹³⁾。PISNは「自己信頼: 看護師としての職業における自分自身の能力を信じること」、「斉一性: 他者との違いを認めながらも自分は唯一の存在であるという感覚、さまざまな状況の変化の中でも、看護師としての自分らしさを保っているという感覚」、「連続性: 時間とともに変化しない自分への確信、看護師としての職業に対する目標が一貫しているという感覚」、「自尊感情: 時間や状況の変化にも一貫している自分自身を、自己も周囲の社会も同じように承認しているという感覚であり、看護師である自分自身に対してこれでよいとする肯定的な感覚」、「適応感: 看護師という職業が自分に合っているという感覚」の5つの下位尺度20項目で構成されている。回答は「ほとんどあてはまらない: 1点」から「かなりあてはまる: 5点」の5段階尺度で求め、逆転項目は数を反転させて算出する。20項目の総得点は20点から100点の範囲となり、合計得点が高いほど看護師の職業的アイデンティティが高いとされる。Cronbachの α 信頼性係数は0.84と高く、主因子分析、G-P分析の結果から内的整合性のある一次元性の尺度であることが確認されている。本研究は、5年以上の看護師を対象としているため、本尺度を採用した。使用にあたっては、測定用具開発者に許諾を得た。

3) 看護実践の卓越性自己評価尺度-病棟看護師用-

これは、自己の実践の質を査定する尺度である¹²⁾。7下位尺度35質問項目から構成されており、各下位尺度の得点は5点から25点の範囲、総得点は35点から175点の範囲となる。得点が高いほど看護実践の質が高いことを意味する。総得点141点以上は看護実践の質が高く卓越している高得点領域で、104点以上140点以下は看護実践の質は標準的である。103点以下は看護の質は低い低得点領域となる。尺度の総得点は、自己の看護実践の質の全体的な傾向を示し、各尺度の得点は、どの側面が特に優れているかを示している。

尺度全体のCronbachの α 信頼性係数は0.96であり、因子分析の結果、信頼性と妥当性が確認されている。本研究は、5年以上の看護師の実践能力の質を測定するため、本尺度を採用した。使用にあたっては、測定用具開発者に許諾を得た。

4. 用語の定義

- ・ 看護実践能力: 専門的判断を含む知識・技術・価値観および態度を複雑に組み合わせたものとする。
- ・ 職業的アイデンティティ: 看護に対する看護者の価値と信念とする。

5. 分析方法

基本属性に関しては記述統計を行った。PISNと看護実践の卓越性自己評価尺度-病棟看護師用-(以下「看護実践の卓越性尺度」とする)については、各総合得点を求め、Shapiro-Wilk検定を用い正規性を確認した。それぞれの代表値として、データの正規性により平均値(±標準偏差)または中央値(四分位範囲)を求めた。また、PISNの総得点と看護実践の卓越性尺度の総得点、PISNの総得点と看護実践の卓越性尺度の各下位尺度との関連を、Spearmanの順位相関係数を算出し検定を行った。分析には、統計学的パッケージソフトSPSS Statistics ver.20 for Windowsを用い、有意確率0.05未満を有意と判定した。

6. 倫理的配慮

本研究は、滋賀医科大学倫理委員会で倫理審査を受け承認され実施した(承認番号26-23)。また、研究対象が勤務する病院の看護部長に研究の意義、研究目的を説明した。研究対象には研究の目的、研究方法などを調査依頼文に記載するとともに、個人の匿名性を確保すること、研究協力は自由意志であること、調査結果は研究目的以外に使用しないこと、また得られたデータは一定期間厳重に保管し裁断処理により廃棄すること、を記載した。

結果

1. 回収率および有効回答率

対象となる24病院の内、協力を得られた15病院に900部の調査票を配布した。その内、461部の調査票を回収した(回収率51.2%)。各質問項目で無回答のものを除いた調査票を有効回答とし、有効回答は303部(有効回答率65.7%)であり、これを分析対象とした。

2. 対象の背景

対象者の背景を表1に示した。平均年齢は 32.8 ± 4.92 歳であり、その内訳は20代98名(32.5%)、30代174名(57.8%)、40代28名(9.3%)、50代1名(0.3%)であった。性別は、男性22名(7.3%)、女性281名(92.7%)であった。

臨床経験年数の平均は 10.0 ± 4.07 年で、5年以上10年未満が156名(51.5%)、10年以上15年未満が95

名(31.4%)、15年以上20年未満が52名(17.2%)であった。同一病院での勤務年数の平均は8.22±4.18年で、5年未満が40名(13.2%)、5年以上10年未満が158名(52.1%)、10年以上15年未満が78名(25.7%)、15年以上20年未満が27名(8.9%)であった。

3. PISNと看護実践の卓越性尺度の関連

PISN得点の中央値は68(62-75)であった。看護実践の卓越性尺度の総得点の中央値は121(108-132)であった。看護実践の質が高く卓越している「高得点領域」の者は29名(9.6%)で中央値は149(144-159)、看護実践の質が標準的である「中得点領域」の者は229名(75%)で中央値は122(113-130)、看護実践の質が低い「低得点領域」の者は45名(15%)で中央値は96(90-101)であった。

両者の関連を見るために、看護実践の卓越性尺度の総得点とPISNの合計得点の間でSpearmanの順位相関係数で分析を行った。看護実践の卓越性尺度の総得点とPISNの間で正の相関が見られた($r=.597, p<.01$)

表1 対象の背景

年齢		n = 301	
平均値(標準偏差)		人	(%)
20代	32.8(±4.92)	98	32.5
30代		174	58.7
40代		28	9.3
50代		1	0.3
性別		n=303	
女性		281	92.7
男性		22	7.3
最終学歴		n=301	
看護大学		39	12.8
短期大学		25	8.2
3年課程		178	58.7
2年課程		38	12.5
大学院		7	2.3
その他		14	4.6
臨床経験年数		n = 303	
平均値(標準偏差)		10.0(±4.07)	
5年以上10年未満		156	51.5
10年以上15年未満		95	31.4
15年以上20年未満		52	17.2
勤務年数		n = 301	
平均値(標準偏差)		8.22(±4.18)	
5年未満		40	13.2
5年以上10年未満		158	52.1
10年以上15年未満		78	25.7
15年以上20年未満		27	8.9
役職		n = 298	
あり		256	84.5
なし		42	13.9
支援体制		n = 278	
あり		175	57.8
なし		103	34.0
結婚の有無		n = 302	
未婚		173	57.1
既婚		129	42.6

表2 職業的アイデンティティの合計得点と看護実践の卓越性尺度の合計得点との相関

看護実践の卓越性尺度の合計得点	
職業的アイデンティティ尺度の合計得点	.597*
Spearmanの順位相関係数 $p<.01$ *	

表3 職業的アイデンティティ尺度の合計得点と看護実践の卓越性下位尺度との相関

職業的アイデンティティ尺度の合計得点	看護実践の卓越性尺度						
	連続性・効率的な情報の収集と活用	臨床の場の特徴を反映した専門的知識・技術の活用	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	職場環境・患者個々の持つ悪条件の克服	現状に潜む問題の明確化と解決に向けた創造性の発揮	患者の人格尊重と尊厳の遵守	医療チームの一員としての複数役割発見と同時進行
職業的アイデンティティ尺度の合計得点	.488**	.510**	.490**	.435**	.437**	.490**	.493**

Spearmanの順位相関係数 $p<.001$ **

(表2) 看護実践の卓越性尺度の下位尺度とPISNにおいて、全ての下位尺度で正のやや強い相関があった($p < 0.001$) (表3)。

看護実践の質が高い下位尺度の順は、「医療チームの一員としての複数役割発見と同時進行」 $r = .493$ ($p < 0.01$)、「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」 $r = .490$ ($p < 0.01$)、「患者の人格尊重と尊厳の遵守」 $r = .490$ ($p < 0.01$)であった。また、看護実践の質が低い下位尺度の順は「職場環境・患者個々の持つ悪条件の克服」 $r = .435$ ($p < 0.01$)、「現状に潜む問題の明確化と解決に向けた創造性の発揮」 $r = .437$ ($p < 0.01$)であった。

考察

1. 属性

今回の調査対象は同一病院の勤務年数 8.22 ± 4.18 年、5年以上10年未満が158名(52.1%)となっている。経験年数、勤務年数共に10年未満が半数以上を占めている。日本看護協会の看護職員需給状況調査による看護師の離職率は、常勤11.0%、新卒者の離職率も7.5%と報告されている¹⁴⁾。4年連続で看護師の離職率が減少している理由は、ワーク・ライフ・バランスや新人に対する研修が努力義務となっているため、5年以上10年未満の看護師の割合が半数以上を占めていることにつながっていると推察する。

同病院で勤務年数の継続は、看護の質の維持向上に影響を与える。育児休暇や有給の取得率の向上など、ライフイベントの影響を受けやすい中堅看護師が仕事の中断がない働きやすい職場環境の整備が必要である。

2. 中堅看護師の看護実践能力と職業的アイデンティティ

看護実践の卓越性尺度の総得点の中央値は121(108-132)であった。臨床経験の平均年数が13.9年の看護師を対象とした研究結果において、看護実践の卓越性尺度の総得点は122点であり¹²⁾、今回の研究結果においても、同様の結果が示された。しかし、看護実践の質が中得点領域と低得点領域を合わせると9割おり、中堅看護師は自己の実践の質を高いとは認識していないと推察する。また、看護実践の質が高く卓越している高得点領域が、29名(9.6%)の結果から、多くの中堅看護師は、自己の実践を評価、あるいは他者評価も適切に受けていないことを示唆している。先行研究において、看護実践能力の質を経験年数別で見たものは、4~6年の方が7年~10年、11年以上より有意に高い結果⁸⁾や、中堅看護師の看護実践能力は停滞することが明らかになっており⁹⁾、本研究も類似する結果となった。

中堅看護師の発達を促す要因として、他者からの承認が必要であり⁵⁾、看護師が職業的アイデンティティ

を確立するためのプロセスにおいても、看護師は患者への援助の満足感から看護の価値を認識し、自己の看護実践を承認することが重要とされている¹⁵⁾。看護師が自己の看護実践を振り返り、患者にどのような効果をもたらしたのかを分析・評価することは自己肯定感につながる。このことが、看護実践の質を高め、職業的アイデンティティ確立を高める1要因となる。中堅看護師が、自己評価・他者評価を含め適切に評価を受ける仕組みの検討が必要である。

今回の研究では、看護実践能力と職業的アイデンティティとの関連において正の相関があり、看護実践能力の下位尺度とも有意な差がみられた。看護実践能力が職業的アイデンティティに影響していることが明らかとなった。看護実践の卓越性尺度の下位尺度においては、「職場環境・患者個々の持つ悪条件の克服」「現状に潜む問題の明確化と解決に向けた創造性の発揮」は他の項目と比較しやや低値を示した。「職場環境・患者個々の持つ悪条件の克服」は、「多くの業務を担いながらも確実に日常生活を援助するとともに、患者のひんぱんな訴えや拒否的な態度にも粘り強く対応する」という側面の看護実践の質を測定する。「現状に潜む問題の明確化と解決に向けた創造性の発揮」については、「安全や安楽を高めるための援助の工夫や習慣化した援助の見直しを行うとともに、単調な日常生活に変化を演出する」という側面の看護実践の質を測定する。これらの項目の結果は、多忙な業務を担いながらも確実な日常生活援助については、実践ができているという認識がやや低い傾向にあり、看護実践の質の向上を示唆している。先行研究によると日常生活援助よりも業務を優先させているという報告¹⁶⁾や、中堅看護師の臨床実践能力との関連要因を見た研究¹⁷⁾においても、患者に対するケア能力は看護管理より低値であった。また、中堅看護師の職業的アイデンティティと療養上の世話を基本的な生活行動の援助とし、その関連を見た研究¹⁸⁾において、療養上の世話への援助が重要であると認識している中堅看護師が少ないことが明らかとなっている。日常生活援助においては、多重業務により患者に関わる時間が減っていることに加え、他職種が関わることも多く、他者からの評価も受けにくいいため、自己の看護実践を承認されない状況がある実態が今回の調査結果から推察された。

看護実践の質に最も関係しているのは、「価値や信念に基づく行動状況」であり、価値信念に基づき行動しているものが、行動していない者より、看護実践の質が高いことが明らかにされている。¹⁹⁾ 今回の研究において、中堅看護師の看護実践能力と職業的アイデンティティとの関係が明らかとなり、職業的アイデンティティの確立に向けて介入することが必要であることが示唆された。

3. 看護管理上での臨床への示唆

中堅看護師は多重役割を持ち、仕事に対する充実感を得にくく、業務のマンネリ化があるとの報告があり³⁾、自己評価が低くなりやすい現状がある。今回の結果から、自己の看護実践を承認されない状況が職業的アイデンティティの低下に影響を与えていると推察する。中堅看護師が職業的アイデンティティを確立するためには、自己の実践の成果を査定し、上司や同僚からの客観的な評価を受け、自己の看護実践を肯定的に自己評価できるような支援体制が必要である。

日本看護協会は「継続教育の基準 ver.2」²⁰⁾を示し、中堅看護師の「能力及び学習支援の検討が急務である」と述べている。新人看護師における教育体制は確立しつつあるが、中堅看護師への継続的な教育的支援体制の構築が課題である。

結論

今回の研究において、中堅看護師の看護実践能力と職業的アイデンティティとの関連が明らかとなった。中堅看護師の看護実践能力の質は標準から低いと認識している者は9割を占め、看護実践の能力の質を高いと認識している者は少数であった。特に、患者の日常生活援助において看護実践の質は低い傾向がみられ、自己の看護実践を承認されない状況がある実態が推察された。

文献

- 1) 朝倉京子, 籠玲子: 中期キャリアにあるジェネラリスト・ナースの自律的な判断の様相. 日本看護科学学会誌, 33 (4), 43-52, 2013.
- 2) 梶山紀子, 久後文恵, 河内陽子, 宮ケ中秋子, 都築朝子, 大町信子: 看護婦の資質に関する調査 臨床能力の修得段階と発展過程. 看護管理, 3 (7), 480-486, 1993.
- 3) 関美佐: キャリア中期にある看護職者のキャリア発達における停滞に関する検討. 日本看護科学学会誌, 35, 101-110, 2015.
- 4) 嶋田聡子: 中堅看護婦の概念の明確化-過去10年の看護文献から-. 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究収録, 24, 56-63, 1999.
- 5) 小山田恭子: 我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.
- 6) グレック美鈴: 看護における1重要概念としての看護婦の職業的アイデンティティ. Quality Nursing, 6 (10), 53-58, 2000.
- 7) 波多野梗子, 小野寺杜紀: 看護学生および看護婦の職業的アイデンティティの変化. 日本看護研究学会誌, 16 (4), 21-28, 1993.
- 8) 和泉美枝, 小松光代, 西村布佐子, 大澤智美, 仲和子, 倉ヶ市絵美佳, 小寺直美, 橋元春美, 眞鍋えみ子: A大学附属病院における看護臨床能力の実態と今後の課題. 京都府立医科大学医学部看護学科紀要, 20, 11-19, 2010.
- 9) 辻ちえ, 小笠原知枝, 竹田千佐子, 片山由加里, 井村香積, 永山弘子: 中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトー現象とその要因, 日本看護研究学会雑誌, 30 (5), 31-38, 2007.
- 10) 尾形裕子: 看護実践における行為の振り返りの検討 看護師の判断力の向上に焦点をあてて. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 10 (1), 2014.
- 11) 草刈淳子: 看護管理者のライフコースとキャリア発達に関する実証的研究. 看護研究, 29 (2), 31-46. 1996.
- 12) 舟島なをみ監修: 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, 63-73, 医学書院, 東京, 2009.
- 13) 佐々木真紀子, 針生亨: 看護師の職業的アイデンティティ尺度(PINS)の開発. 日本看護科学学会誌, 26 (1), 34-41, 2006.
- 14) 日本看護協会: 2014 病院における看護職員需給状況調査. 2015-11-24
http://www.nurse.or.jp/up_pdf
- 15) グレック美鈴: 看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の構築. 看護研究, 35 (3), 196-204, 2002.
- 16) 亀岡智美: 健康回復期にある患者への看護活動の分析 - grounded theory approach における理論的サンプリングを行って -. 看護教育学研究, 3 (1), 1-21, 1994.
- 17) 土佐千栄子, 出口昌子, 上野貴子, 内藤理英, 佐藤久子, 佐藤紀子: 経験3年目以上の看護婦・看護師の臨床実践能力の特徴(第1報) - 3病院574名の看護婦・看護師を対象に -. 日本看護管理学会誌, 15 (2), 55-63, 2002.
- 18) 秋葉沙織, 石津みゑ子: 中堅看護師の職業的アイデンティティと「療養上の世話」への認識との関連, 北日本看護学会誌, 16 (2), 11-21, 2014.
- 19) 亀岡智美, 舟島なをみ: 看護実践の卓越性に関する特性の探索 - 臨床経験5年以上の看護師に焦点を当てて -. J Nurs Studies NCNJ, 14 (1), 2015.
- 20) 日本看護協会: 継続教育の基準 ver2, 2012. 2015-10-31.
<https://www.nurse.or.jp/nursing/education/keizoku/pdf/keizoku-ver2>

— 研究報告 —

NICU退院後フォローアップ外来を受診する児童の両親の実情とニーズ

白坂真紀，桑田弘美

滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

要旨

NICUを退院した後にフォローアップ外来での定期受診を継続する学童期の子どもを育てる両親12名（父親6名・母親6名）を対象に、育児生活の状況と保健医療・教育・福祉に関するニーズを尋ねる調査を行った。その結果、子育ては祖父母や家族の協力と社会制度・サービスを利用して行い、子どもの個別性や成長するペースを大切に育てている様子がうかがえた。生活スタイルとしては両親ともに就労しており、放課後子どもが安全に過ごせる場所の確保を期待していた。福祉制度やサービスなど支援の情報を得て利用することに苦慮しており、同じ状況にある親同士のつながりを希望していた。子どもが通学できていることを感謝しながらも障害をもつ我が子への周囲からの偏見に苦悩しており、地域社会の理解を求めている。支援者は対象への心遣いをもってかかわることが大切である。フォローアップ外来は育児支援としての機能が果たされており、継続的に子どもの成長と発達を見守ってもらえることに両親は安心していた。

キーワード：NICU, フォローアップ, 児童, 両親, 育児

はじめに

NICU (Neonatal Intensive Care Unit：新生児集中治療室) を退院した子どもたちは、その後の成長と発達の確認、疾病管理や異常の早期発見などのフォローアップのために小児科外来を定期的に受診する。子どもたちの多くは幼児期にフォローアップを終了するが、それ以降も定期的にその成長と発達を確認を要し、自宅で医療を受けながら地域生活を送っている。NICU入院児や特別支援学校における医療的ケアを必要とする子どもは増加しており^{1) 2)}、医療改革の流れのなかで、子どもが医療を受ける場も病院から在宅に移行している現状である。今後も成長発達をフォローするなどの配慮を必要とする学童期の子どもたちが増えていくことが予測される。筆者らは、NICUを退院した子どもを養育する両親の育児生活の状況と、保健医療・福祉・教育に関するニーズを明らかにするためアンケート調査を行った。子どもの両親371組（父親・母親742名）に調査票を配布し、乳児期、幼児期、学童期にある子どもの両親154組（父親・母親308名）より回答を得た（回収率41.5%）。本研究では、そのうち学童期の子ども（小学生）の両親（母親・父親各6名、計12名）の調査結果を示し、育児生活の現状と要望より支援のあり方について考察する。子どもの成長発達には母親のみならず父親の影響も大きく³⁾、調査対象は子どもの両親とした。NICU退院後、小児科外来でのフォローアップを定期受診している学童期の子どもを養育する両親の実情とニーズを調査し、子ども達が健やかに育つことができるような支援の基礎資料としたい。

研究目的

NICU退院後フォローアップ外来の定期受診を継続しながら地域で生活する学童期の子どもを養育する両親の育児生活の実際と保健医療、教育、福祉に関する要望を明らかにする。

研究方法

1. 調査方法

自記式質問紙調査法を用いた実態調査を行った。調査票は「幼児健康度に関する継続比較研究」⁴⁾（研究代表は衛藤隆氏）を一部参考にし、幼児のみでなく乳児期と学童期の子どもを含めた調査ができるよう作成した（調査内容参照）。質問への回答は選択式または自由記載式で構成した。

2. 分析対象

A病院NICUを退院し外来でフォローアップ外来を受診している学童期の子どもの両親12名（母親6名・父親6名）のアンケート結果。0～15歳未満の子どもを育てる両親を対象に行ったアンケート調査のうち、今回は学童期の子どもの両親の結果を報告する。

3. 調査期間

2012年11月から2013年11月であった。

4. 調査内容

調査内容は、1)対象の背景（家族背景など基本情報、利用経験のある育児サービス）、2)父親と母親の気持ちや体調、3)子育ての状況、4)妊娠・出産・育児期の困難、5)保健医療・教育・福祉・療育への意見、6)NICUを退院した子どもへの支援に関する意見であった。

5. 調査依頼と回収方法

研究者がA病院フォローアップ外来担当医師に対象者への調査票の配布を依頼した。フォローアップ外来の際に、医師から学童期の子どもの両親に調査協力の説明と依頼、調査票配布を行った。フォローアップ中の子どもの実親全員を対象とした。調査票の返送をもって同意を確認し、自由意思で調査に協力することが保証できるよう郵送法で回収した。

6. 分析方法

選択項目は各項目別に集計し、自由記載項目は記述内容原文をデータとし内容の類似性に沿って整理した。

倫理的配慮

本学倫理委員会の承認を受け実施した（承認番号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、調査票の返送をもって同意を確認することとした。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証した。

結果

1. 対象の背景（表1,2）

両親（母親・父親各6名、計12名）の年齢は母親30～40歳代、父親30～50歳代であり、12名全員が有職者であった。子どもの背景については、全例が単産であり、分娩様式は経陰分娩3名・帝王切開分娩3名、出生体重1000g未満の超低出生体重児2名、2500g未満の低出生体重児3名、3000g台の正常体重児1名で、きょうだい児がいる子どもは5名であった。子どもがNICUに入院した理由は早産や低体重、疾患の治療のためであり、NICU入院期間は1～4ヵ月が5名、1週間が1名であった。現在も在宅酸素療法や経管栄養法などの医療的ケアを行いながら家庭や地域で生活する子どもは2名であった。通学先は、小学校1名、特別支援学校3名（不明2名）であった。これまでに利用経験のある制度やサービスの内容は、産前・産後・育児休暇、一時預かり、子育てサークル、子育て相談、学童保育、行政が行う育児支援事業であり、全家庭で2～4つの社会制度や育児支援サービスを利用していた。

2. 父親と母親の気持ちや体調（選択項目）

「この1ヵ月間の気持ちや体調」についての質問では、「心身ともに快調：母親3名・父親4名」で「体調は良いが気分は不調：母親1名・父親0名」、「気分は良いが、体は不調：母親1名・父親0名」、「何ともいえない：母親0名・父親2名」であり、母親と

表1. 対象者の背景

母親（6名）・父親（6名）	
年齢	母親30-40歳代、父親30-50歳代
職業	有職者12名

表2. 対象者の子どもの背景

対象者の子ども（6名）	
年齢	6-10歳
性別	女兒6名、男児0名
きょうだい	有り5名、なし1名
NICU入院期間	1週間-4か月
学校	小学校1名、特別支援学校3名、不明2名
医療的ケア	有り2名、なし4名

父親双方共に半数は身体的・精神的な調子は良好であり、心身ともに健康状態が不良であるという回答は母親と父親双方になかった。

3. 子育ての状況

1) 子育ての楽しさについて

「子育ては楽しいですか」という質問に対しては「楽しい：母親5名・父親3名」、「何ともいえない：母親1名・父親3名」と、母親のほとんどが楽しいと感じている一方で父親は半数程度であった。「何ともいえない」と答えた父親の記載には「楽しい時と余裕の無い時がある」とあった。母親・父親共に「楽しくない」という否定の回答はなかった。

2) 子どもとの時間について

「ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がありますか」という質問について、「ある：母親4名・父親2名」、「何ともいえない：母親1名・父親4名」、「いいえ：母親1名・父親0名」であり、子どものかかわりにおいては、父親に比べると母親に気持ちのゆとりがあることが示されていた。どちらとも言えないと答えた父親は「過ごせる時間がある時と無い時の差が大きい」と記載されていた。「時間が無い」と回答した母親1名の背景は、医療的ケアの必要はなく、父親の育児関与時間も6名のうちで最長の週30時間であり、子どもとよく遊ぶと評価しており、父親を精神的な支えとしていたが、気分は良いが体の調子が不調で、自分の時間を持たず、「きょうだいを平等に育てることができない」という子育ての困難を感じていた。

3) 子育ての困難について

「子育てを困難に感じることはありますか」という質問について、「はい：母親3名・父親1名」、「何ともいえない：母親2名・父親2名」、「いいえ：母親1名・父親3名」であり、父親に比べると育児の困難感を抱いているのは母親の方が多かった。困難の内容には、きょうだい児と平等に育てることができないこと、在宅酸素療法を用いている子どもの母親からは

体調が心配ということがあげられていた。父親からは「(困難の内容は)ここでは一言で言い表せない」とあった。

4) 自分の時間について

「自分のために使える時間をもっていますか」という質問については、「はい: 母親4名・父親3名」、「何ともいえない: 母親1名・父親1名」、「いいえ: 母親1名・父親2名」であり、母親と父親共に半数程度が時間を持っていると回答していた。

5) 父親の育児と遊びについて

「お父様は育児をしていますか」という質問については、「よくしている: 母親1名・父親1名」、「時々している: 母親4名・父親3名」、「ほとんどしない: 母親1名・父親2名」であった。育児の内容は、最も多かった項目が「入浴(6名)」であり、次いで「遊び(4名)」、「排泄介助」と「着替え」「寝かしつけ」は各2名であり、「学習支援」と「その他(話し相手)」は1名であった。1週間のうち父親の育児にかかる時間についての質問では、母親の回答では2~30時間であり、父親は2~16時間と幅広く、父親自身の申告に比べると母親がもつ印象の方が長い傾向にあった。「お父様はお子様とよく遊んでいますか」という質問について、「よく遊んでいる・時々遊んでいる: 母親5名・父親4名」、「ほとんど遊ばない: 母親1名・父親2名」であり、大方の父親は育児と遊びに関与している状況がうかがえた。

6) 父親と母親の関係

「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」という質問については、「はい: 母親4名・父親3名」、「何ともいえない: 母親2名・父親3名」、「いいえ」という明らかな否定の回答は無く、母親と父親共にほぼ半数が父親を精神的な支えとして(父親は父親自身がそのように)認識していた。

4. 妊娠・出産・育児期の困難(自由記載項目)

「妊娠・出産・育児を通してこれまでで一番の困られたことは(対処方法)」の質問については、妊娠と出産に関する回答は無く育児についての記述のみであった。母親の回答では、きょうだい児への説明と彼らの育児に困ったため祖父母の協力を得たというもの、2~4歳の幼児期の育児が大変であったため家族間で協力し育児の一時預かりサービスを利用したことがあげられていた。実家の母親やきょうだい、友人らのサポートで対処したものの「結局は一人で子育て家事をやっていかないとならない」という記述もあり、母親に負担が集中している様子も示されていた。その他、摂食困難のため食事介助の困難や体重が増えない悩み、風邪を引くなど体調を崩しやすく小学校に上がる

までは入退院を繰り返すことなどの苦勞が述べられていた。父親の回答では、子どもがNICUに入院しその後入退院を繰り返すなどきょうだい児を含む家族が離ればなれに生活しなければならなかったことをあげ、家族間でのコミュニケーションをとるように意識して対応したことが書かれていた。子どもの発達の支援について夫婦で話し合っ解決策を考え対処したことが示されていた。「(困難を)一つにしぼれない」と過去多くの困難に対応してきたことを示す回答もあった。

5. 保健医療・教育・福祉・療育への意見

1) 保健医療(病院・健診・在宅訪問看護・他)

「病院」について母親の意見は、金銭的負担の軽減や、複数の病院間での児の検査データなどの情報が共有されるよう希望されていた。親の視点での子どもの体調の見方や、親の話を聞いてもらえる安心感も記されていた。父親からは障がい者駐車場の整備や長い待ち時間の改善について意見があり、受診時の負担軽減を希望されていた。

「健診(病院・地域)」について母親は、県から未熟児サークルの担当者の訪問があったことについて精神的に支えられたと記しており、養育にあたり親子の直接の支援者と会ってかかわりを持てたことは非常に重要であると思われた。一方、地域の健診では「ただ診てもらっただけ」と書類上の健診であった印象をもつ母親からの記述があった。父親の記載はなかった。

「在宅訪問看護」について母親の意見は、専門家によるケアの仕方など多くの情報を得ることや定期的な訪問が有用であったと記述されており、必要時は訪問看護を依頼できる体制の充実やリハビリテーション訓練を希望していた。父親の記載はなかった。

「その他」の意見について母親からは、子どもの成長を親と同じような立場で見守ってもらえる医師やスタッフに対して感謝の言葉が記されており、父親の記載はなかった。

2) 教育

「教育」について母親の意見は、子ども同士のかかわりが可能な就学できている状態をありがたいと捉えられていた。一人ひとり個人に合った教育や、「発達がゆっくりで障害のある子に対する偏見をなくす教育」など、社会に向けた希望が述べられていた。知的障害のある我が子の入園時に、先生の加配をつけてもらえなかった幼稚園時代を振り返り、医師と協力して行政への働きかけが必要であったと書かれていたものもあり、必要時には行政に直接働きかける姿勢もたれていた。父親からは、仕事が安心して継続できるよう放課後の時間帯にみてもらえることの希望、「発達に障害のある子に対して、周囲が偏見を持たないように配慮をもっとしてほしい」と母親同様、社会に対す

る希望が記されていた。

3) 福祉

「福祉」について母親の意見は、「強いて言えば一人ひとりの状況をもっと把握してもらいたい」とあり、一人ひとりを把握した細やかなサービスを提供されることが期待されていた。回答者の全員が共働き家庭であったことから、安心して就業が継続できるよう、放課後デイサービスなど子どもが過ごせる場も希望されていた。ピアカウンセリングなど同じ状況にある母親同士のネットワークの構築や、福祉サービスの詳しい情報を求められていた。父親からは福祉サービスの充足の希望と、「福祉サービスの情報はほしい。後からわかることや、まだわからないことがあるかもしれない」と、サービス情報へのアクセスに苦労している実態が明らかになった。

4) 療育

「療育」について母親の意見は、育児書に掲載されているような一般的な子育てとは異なるため、母親同士のつながり、対象となる子どもたちが増える中、手厚い教育と環境の整備を希望されていた。市へ療育を申し込みに行った際、『障害児の氏名』という記載欄の表現に対して、自分の子どもへの偏見を感じ深く悩んだということが回答欄に書かれていた。定員オーバーや身体的条件により退所することを残念に思う気持ちが記載されていた。父親からの意見は特にみられなかった。

6. NICU を退院した子どもへの支援に関する意見 (自由記載項目)

母親からは、親子が孤立せず安心して地域での生活が送られるような支援の必要性や、福祉サービスの情報の詳細を教えてほしいと書かれていた。常に不安や心配が多いなか定期的に病院で受診し助言をもらえることを心強く思い、就学後も継続して診てもらえることに安心しているという記載がされていた。「将来の見通しや、どういう目標に向かって子どもがどんな成長をしてくれたら良いのかという指針があれば良いと思う」と記載もあり、マニュアルのない子育てのあり方に戸惑っている様子がうかがえた。また、NICU で子どもがお世話になったこと、退院後も継続して子どもの発育に関する不安への対応と支援に関する医療者への感謝の気持ちと信頼があらわされていた。父親からもフォローアップ外来への信頼や安心、悩み事への対応に感謝の言葉が書かれていた。「子どもなりのペースがあることを理解した上で急いだ教育や成長を求めない様と一緒に生活したい」という考えが記されており、子どもの現在のありのままを受け止め養育している親の姿がみられた。「福祉サービスの情報がほしい、後から分かることや、まだ分からないことがある

かもしれない」と小学校高学年になる子どもの父親が回答していた。自由記載欄の全ての項目において、父親の記述内容は母親の半分ほどの分量の記載がされていた。

考察

1. 回答者の背景

本調査対象者は、壮年期にある父親と母親であった。平成 25 年における子どものいる典型的な一般世帯に占める共働き世帯の割合は 45.0% (平成 25 年)⁵⁾と約 5 割であるが、6 組の全家庭で両親ともに就業しながら子育てをしていた。今後も、共働き家庭の増加が推測され、少子高齢社会の日本の子育てにおいて労働力確保の視点からも、共働き子育て家庭を基本に考えた社会環境の整備が求められる。全ての家庭において妊娠期から育児期の現在に至る期間で、複数の社会制度や育児支援サービスを利用しており、既存の育児支援策は活用されているようであった。NICU 入院期間が 1 週間の子どもが就学後もフォローアップを継続しているなど NICU の入院期間、入院の理由や背景、通学校の種類などは様々であった。それぞれの子どもと家族の状況に応じた支援の必要性が考えられるが、以下、質問項目に沿って考察を述べる。

2. 育児生活における両親の状況について

明らかな心身の体調不良を訴える養育者はおらず、約半数が心身ともに調子は良好という結果であった。子どもを育てるために親の健康保持は重要であるが、子どもの成長とともに親の年齢は重なり体力の低下や疾病罹患率も上がっていくため、子どもの年齢が上がるほど保護者の健康管理にも配慮が必要である。子育てに困難を感じていたのは父親より母親の方が多かったが、半数以上の母親と父親が子育ては楽しいと回答しており、楽しくないという否定的な回答は両親ともになかった。ただ、どちらとも言い難い状況にある母親が 1 名と父親は半数に上っていた。このことから、毎日子どもの世話をする母親は大変さも感じるが子どもと関わる時間をもてるため、子育てにおける楽しさを実感できる立場にあるのではないかと推測する。両親ともに半数程度が自分のために使える時間を捻出し、ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間を持っていた。ゆったりとした気分で子どもと過ごす時間がないと回答した 1 名の母親は、父親を精神的な支えと認識し父親の育児時間も 6 名のうちで最長であったが、自身の体調が不良で、自分の時間を持たず、きょうだいの育児に悩みを持っていた。育児期にある親は子どものことを優先し自身の体調管理が後回しになる傾向があるが、コンディションを良好に保つことができ、育児の悩みが軽減され解決されるような支援が必

要ではないかと考える。きょうだい児の気持ちについては、その子がいるから自分が母親にかまってもらえないなど被害者意識をもつことがあることもいわれており⁶⁾、本人だけではなく家族構成員にも気を配る必要がある。また、生命に直接影響するような在宅酸素を使用する子どもの両親の緊張感と責任は計り知れないものであり、その心情への理解が必要である。父親と母親の関係について、育児の負担を軽減し、楽しむためには父親による母親への精神的支援が重要である。「父親は母親の相談相手、精神的支えになっている」と半数程度が答え、約半数が「何ともいえない」状況であった。夫婦関係のあり方が家族全体の状況を形成すること、基本的には子どもが夫婦の間のいさかいによる葛藤や矛盾を感じる事が少ない環境が求められ、父親の母親へのかかわり方が大きく影響していることがいわれている⁷⁾。育児支援を行う場合、外来を受診する母親と子ども、または父親と子どものみならず、夫婦の関係、家族全体を考えることが大切である。

3. 育児生活における困難について

母親からは、子どものゆるやかな成長への心配や風邪を引きやすいなど体調管理の難しさについて記述があった。子どもの場合、免疫力や体力が充実するまでは医療機関の受診も多く、健康管理には配慮が必要であり親の負担も大きいといえる。さらに、きょうだい児への支援や配慮、自我が芽生える2~4歳頃の幼児期の育児が困難であったことがあげられていた。それらには、祖父母や家族の協力と支援、一時預かりなどのサービス利用により対応していたとあり、母親ひとりに負担がかかっている回答も示されていた。父親からは、子どものNICU入院による家族間の分離の状況やきょうだい児への配慮、子どもの対人関係の持ち方の心配、そのほか多くの困難があったと書かれたものもあった。それらに夫婦で話し合うなど協力して解決されてきた様子が記されていた。困難への対応について、母親は祖父母を含めた家族間や友人の協力やサービスによる支援を述べている一方、父親は夫婦間で協力して困難に対処したことが書かれており、母親と父親双方の見方に相違が見られた。いずれにしても、社会的支援や制度の利用、家族や親族などの身内での協力が主であり、限られた人数内での対応であることが明らかとなり、身内だけでの対策では限界もあるため、外部の支援を柔軟に取り入れられるような環境が必要ではないかと考える。

4. 保健医療（病院・健診・在宅訪問看護・他）に関する意見や希望について

「病院」について母親の意見は、金銭的負担の軽減や、複数の病院間で児の検査データなどの情報が共有

されるよう希望があった。NICUを退院した子どもはフォローアップを受ける専門の病院と、予防接種や感冒罹患時には地域の病院で受診することになる。疾患によっては眼科や消化器外科などにさらに複数の診療科の受診が必要であることより、受診時の負担を軽減することができるような工夫が求められる。父親からも障がい者駐車場の整備や長い待ち時間の改善について意見があり、病院受診時の具体的な負担軽減を希望されていたことが特徴的であった。一方、母親からは、親の視点での子どもの体調の見方や親の話を聞いてもらえる安心感が記されていた。外来フォローアップは育児不安を軽減するなど、育児支援の重要な役割を担っていることが改めて示されていた。

「健診（病院・地域）」について母親は、県から未熟児サークルの担当者の訪問があったことについて精神的に支えられたと記しており、養育にあたり親子の直接の支援者と会ってかかわりを持つことはその後の育児生活において非常に重要であるといえる。一方、地域の健診では「ただ診てもらっただけ」と書類上の健診であった印象をもつ母親がいた。前川⁸⁾は、乳幼児健診の発達チェックの最初の目的は障害児の早期発見と療育であること、親の気持ちや、不安などは殆ど考慮されておらず、保健所におけるリスク児のフォローも同様なことが多いことを指摘している。フォローを行うときは、育児支援や親の不安の解消を優先的に行う必要性を述べており、NICUを退院した子どもの地域における健診の在り方が問われていた。父親の意見がなかったのは、健診に付き添う保護者は母親であることが多く、父親は健診に関与することが少ないためではないかと推測した。

「在宅訪問看護」について母親の意見は、専門家によるケアの仕方など多くの情報が得られたことや、定期的な訪問が有用であったことが記述されていた。必要時は訪問看護を依頼できる体制の充実やリハビリテーション訓練を希望していた。現状では、小児の訪問看護や在宅医療を実施している施設は極端に少なく、その理由として成人と比べて利用者数が桁違いに少ないこと、小児向けの訪問看護や在宅医療を担う医療者を養成する機会が少ないこと、小児の在宅医療専門で採算をとるのが難しいことがあげられている⁹⁾。現在は在宅医療制度や連携システムの確立に向けての事業が都道府県単位で進められており、その充実が急務であるといえる。健診と訪問看護についても父親の意見の記載はなく、かかわりが少ないためではないかと推察した。

5. 教育・福祉・療育に関する意見や要望について

同年代や異年齢の子ども同士のかかわりは子どもの成長発達に必要な不可欠である。「教育」について母親

は、就学できている現在の状況をありがたく捉えていた。一人ひとりに合った教育や、「発達がゆっくりで障害のある子に対する偏見をなくす教育」など、社会に向けた希望が述べられており、障害児・者への偏見や差別意識に苦慮していた。知的障害のある我が子の入園時に先生の加配をつけてもらえなかった幼稚園時代を振り返り、医師と協力して行政への働きかけが必要であったと書かれたものもあった。必要時には行政に直接働きかける姿勢、例えば署名活動など直接働きかけることで制度化される現状がある。地域や団体で協力して創造していく必要性が示されており、時間と労力はかかるがひとつの有効な方法であると考えている。父親からは、安心して仕事が継続できるよう放課後の時間帯に子どもをみてもらいたいという要望があった。今後も重要な課題である。母親と同様に「発達に障害のある子に対して周囲が偏見を持たないような配慮をもっとしてほしい」と社会に対する希望が記されていた。子どもが地域の子どもたちの中で一緒に過ごす生活は子どもの健全な発育のために欠かせないことであり、地域社会での理解を深めることが大切である。

「福祉」について母親は、「強いて言えば一人ひとりの状況をもっと把握してもらいたい」とあり、子どもは多様であるという事実を社会で共有し、一人ひとりの状況に合った細やかな支援の提供が期待される。回答者全員が共働き家庭であったことから、安心して就業が継続できるよう、放課後デイサービスなど子どもが過ごせる場も希望していた。今後も要望が高まるサービスであると言える。ピアカウンセリングなど同じ状況にある母親同士のネットワークの構築も急務であると言える。父親からも福祉サービスの充足について希望があり、サービス情報へのアクセスに苦労されている実態が明らかになった。情報をどこでどのように取得してもらうか確実に利用者に届くような提供システムをつくることが課題である。

江草¹⁰⁾は「療育とは、現在のあらゆる科学と文明を駆使して障害児の自由度を拡大しようとするもので、その努力は優れた『子育て』でなければならない」とし、子どもの可能性を追求している。配慮が必要な子どものために行う医療、保健、福祉、教育などの各専門職が子どもと家族、地域と連携し、一人ひとりの子どもに合わせて創っていくことであると考えている。市で書類を申請する際に「障害児の名前」と書かれていたことに、育児に前向きに取り組もうとしていた気持ちが途切れてしまったという記述があった。両親がそのような気持ちをもつ事がないよう、支援に関わる者は職種を問わず対象への配慮、相手がどのように感じるかという想像力を常にもって援助を行うこと

の大切さを感じた。育児支援の目的は子どもが健全に育つこと、親が笑顔と自信を持って子育てができることである。言い換えれば楽しみながら子育てができることである。親のしていることや、考えの間違いを指摘し、それをマニュアル通りに改めさせるのは、必ずしも支援に繋がらないといわれ¹¹⁾、子育て支援をする立場においては自覚をもち続けたい。

6. NICUを退院した子どもの支援に関する意見（自由記載項目）

地域において親子が孤立せず安心して生活が送られるような環境を望んでいた。NICUで子どもがお世話になったことなどへの感謝の気持ちが示されており、医療者への信頼が記述されていた。父親からは「子どものペースに合わせた教育や成長を考え生活していきたい」という考えが記載されており、子どもの現在のありのままを受け止め養育している親の姿がみられた。過去のNICU退院後のフォローについては障害児の早期発見が主で、親の気持ちや、不安などは殆ど考慮されていないことが指摘されていた⁸⁾。今回の調査では、親の育児に関する不安が軽減され、育児支援としての機能が重視されているフォローアップ外来の様子が改めて表されていた。NICU/GCUにおいて救命されケアされた子どもたちが、地域において安心して成長・発達が遂げられるよう、子どもたち自身がもつ育つ力を尊重しながら、地域住民とともに医療・保健、福祉、教育がそれぞれの立場から連携・協働できるような社会が期待される。個々の実情に合わせた支援を一つひとつ重ねていきたい。

結論

NICUを退院後、小児科フォローアップ外来定期受診を継続する学童期の子どもと両親に生活実態とニーズに関する調査を行い、以下のことが明らかとなった。

1. 子育ては祖父母や友人と家族の協力、社会制度やサービスを利用して行い、子どもの個別性や成長するペースを大切にしている。
2. 両親ともに就労しているため、放課後子どもが安全に過ごせる場所の確保を期待している。
3. 障害をもつ子どもの地域における偏見や差別に苦慮しており、地域社会の理解を求めている。
4. NICU入院期間が短期間でも、学童期に入ってもフォローアップが継続している事例があった。
5. 福祉など支援に関する情報を取得することに苦労しており、同じ状況にある親同士のつながりを希望している。
6. 子育て支援において、支援者は対象への心遣いをもって、対象に合わせて工夫や創造していく姿勢

で関わるのが大切である。

11) 前掲 8) 序文

本研究の限界と課題

本研究の調査対象は夫婦 6 組合計 12 名と少数であった。子どもの背景も、全員が女兒であり、NICU 入院期が 1 週間から 4 ヶ月と幅広く、医療的ケアが必要な子どもや、通学する小学校も一様ではなかった。今後有効なケアや支援につながるような調査を重ねていきたい。

謝辞

調査にご協力くださいましたお子様のご両親様に感謝申し上げます。お忙しい外来診療の中、アンケート調査の依頼を担ってくださいました A 病院小児科外来担当医師の諸先生、スタッフの方々に心より御礼申し上げます。

本研究は平成 22～24 年度文部科学省科学研究費補助金若手(B) 課題番号 22792222 研究課題名「NICU を退院した子どもとその家族への包括的支援に関する研究」の助成を受けて行った研究の一部である。

文献

- 1) 財団法人母子衛生研究会:母子保健の主なる統計平成 26 年, 59-60, 2014
- 2) 特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査結果:
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afieldfile/2012/07/04/1297202.pdf (2015 年 12 月 5 日閲覧)
- 3) 尾形和男:家族のなかにおける父親の役割, 小児看護, 32(10), 1297-1303, 2009
- 4) 衛藤隆ほか: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) 前掲 1) 127
- 6) 吉永陽一郎:きょうだいに障害を抱えた子がいる, 614-617, 平岩幹男編集子育て支援ハンドブック, 日本小児医事出版社, 2011
- 7) 尾形和男:父親の心理学, 98-103, 北大路書房, 2011
- 8) 前川喜平:育児支援とフォローアップマニュアル, 前川喜平・山口規容子編集, 1-7, 金原出版株式会社, 1999
- 9) 田中秀明:NICU から家庭へ 田原卓浩総編集, 連携する小児医療, 44-47, へるす社, 2014
- 10) 江草安彦:第 1 章重症心身障害児の療育と理念, 江草安彦監修重症心身障害療育マニュアル第 2 版, 12-18, 医歯薬出版株式会社, 2004

— 研究報告 —

要介護高齢者における皮膚油水分量の経時的変化と掻痒感の実態

簗原 文子¹, 畑野 相子¹¹滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

要旨

本研究の目的は、要介護高齢者における皮膚油水分量の経時的変化と掻痒感との関連を明らかにし、効果的な皮膚ケアへの基礎資料とすることである。介護老人保健施設及び介護老人福祉施設に入所している高齢者を対象とし、皮膚の観察と皮膚油水分量を測定した。測定にはWave Cyber社のWSK-P500Uを用い、両下腿膝蓋骨内側顆より約10cm下部を10時、15時、19時の3回測定した。高齢者の皮膚水分量は30%前後、油分量は4%前後であった。時間経過との関連は、水分量はあまり変化しなかったが、油分量は時間と共に低下した。掻痒感を訴える人は15%であった。高齢者の皮膚油水分量の目安及び時間経過との関連が示唆された。

キーワード：要介護高齢者、皮膚油水分量、経時的変化、掻痒感

はじめに

健康的な皮膚を保つためには、適度な油分と水分が必要である。しかし、高齢者は皮膚の機能維持に重要な皮脂腺からの皮脂の分泌低下や、皮膚にしわが出来ることによる表面積の拡大により皮膚水分が蒸発しやすくなる¹⁾。乾皮症やそれに伴う痒みについては、我が国の60歳以上の高齢者のうち95%が乾皮症であり、その半数がかゆみを伴っていた事²⁾、介護を必要としない高齢者と比べて皮膚の乾燥症状を呈する割合が高いこと³⁾が明らかにされている。また井口ら⁴⁾は要介護高齢者への聞き取り調査にて、掻痒感は、夜間に増強し不眠や苛立ち、掻破症の原因となっているとの報告をしている。高齢者にとって、不眠は日中の活動に影響を及ぼし、転倒や臥床傾向による廃用症候群などに繋がることも考えられる。しかし、不眠の原因の一つである掻痒感がなぜ夜間に増強するのか、それを皮膚油水分量の経時的変化との関連から調査した文献は見当たらなかった。

本研究では、要介護高齢者における皮膚油水分量の経時的変化と掻痒感の実態を明らかにすることを目的とした。

研究方法

1. 調査対象

介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入所している要介護高齢者のうち問診に答えることが可能な者とした。

2. データ収集期間

2015年7月～同年8月に実施した。

3. データ収集方法

1) 基本属性

年齢、性別、日常生活のかゆみの有無、掻痒を感じる部位、保湿剤の使用状況と使用部位とした。かゆみについては、川島らの開発した掻痒感の程度判定尺度⁵⁾を用いた。この尺度は、日中および夜間のかゆみについてそれぞれ0～4点(最高8点)で評価するものである。

点数	日中の症状	夜間の症状
4点	いてもたってもいられない痒み	痒くてほとんど眠れない
3点	かなり痒くて、人前でも掻く	痒くて目が覚める
2点	時に手がゆき、軽く掻く	掻けが眠れる
1点	時にむずむずするが、掻くほどではない	掻かなくても眠れる
0点	ほとんど痒みを感じない	ほとんど痒みを感じない

2) 皮膚油水分量の測定

身体の中で最も乾燥しやすい部位とされている両下腿膝蓋骨内側顆より約10cm下部(以下膝下とする)を中心とした1辺1cm四方の範囲を調査部位とした。両下腿1回ずつ測定を行いその平均値を用いた。

身体他の部位に掻痒感のある者については、参考値としてその部位の測定も行った。測定は非入浴日に実施し、測定時間は10時、15時、19時の3時点で、同一日に実施した。

測定機器は湿度や温度の環境に配慮し、皮膚油水分が同時に測定できるとされているWave Cyber社のWSK-P500Uを使用した。

3) 触診・視診による皮膚の乾燥症状

皮膚の乾燥症状は新井ら³⁾の文献を参考に「ざらざら感」、「細かい鱗屑」、「痂皮様の落屑」、「ひび(亀裂)」の

4症状を調査項目とし、2段階(あり・なし)での観察を行った。

4. 分析方法

皮膚油水分分量の経時的変化の比較については、一要因分散分析を行い、掻痒感と皮膚油水分分量との関連、視診による皮膚状態と皮膚油水分分量との関連、性別と皮膚油水分分量との関連についてはMann-Whitney U検定を行った。統計解析にはSPSS 20. for Windowsを用い、統計学的有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

研究対象者とその家族に対して、文書と口頭にて、研究目的、方法、自由意思による研究への参加、不参加による不利益からの保護、プライバシーの厳守等について十分説明を行い、同意を得た。データは個人が特定できないように、施設職員によって氏名等を記号化したリストを用いて、皮膚油水分分量データの経時的データの対応を行った。実施にあたり、研究者が所属する機関の倫理委員会の承認を得た。(承認番号 27-22)

結果

1. 対象者の背景

対象者は40名(男性9名、女性31名)で、平均年齢は87歳(SD6.98)であった。問診で身体のどこかに掻痒感の訴えのある者は7名だった(表1)。掻痒感の訴えがあった部位は、全身3名、背中3名、肘1名、下腿1名であった。保湿剤を使用している者は4名で、そのうち3名が掻痒感を訴えていた。

掻痒感の程度が、経時的に変化すると答えた者はいなかった。また視診において、4つの乾燥症状のいずれかが認められた者は16名だった。

表1 掻痒感判定尺度

	日中の症状	夜間の症状
4点	0	0
3点	0	2
2点	7	4
1点	0	0
0点	33	34

2. 測定結果

1) 測定環境

介護老人保健施設3施設、介護老人福祉施設1施設の計4施設で測定を行った。測定時の温度と湿度については、10時29.13℃、54.62%、15時31.8℃、45.95%、19時31.2℃、45.02%であった(表2)。湿度についてはばらつきがみられたが、統計的有意差はなかった。

表2 各施設の測定環境(温度・湿度)

	10時		15時		19時	
	温度(℃)	湿度(%)	温度(℃)	湿度(%)	温度(℃)	湿度(%)
全体	29.13	54.62	31.86	45.95	31.20	45.02
施設A	29.13	56.63	30.25	55.38	30.50	49.63
施設B	28.70	62.90	33.90	43.52	34.21	42.60
施設C	28.91	53.31	32.05	40.82	30.00	44.55
施設D	29.72	49.81	31.00	46.46	30.18	44.36

2) 皮膚油水分量の経過時変化

①皮膚水分量について

各時間において皮膚水分量に差は見られなかった。(表3、図1)

表3 皮膚水分量の経時的変化

	平均値(%)	標準偏差	最小値	最大値
10時	31.79	8.54	9.50	54.50
15時	30.06	9.44	11.00	49.50
19時	31.51	8.78	15.50	48.50

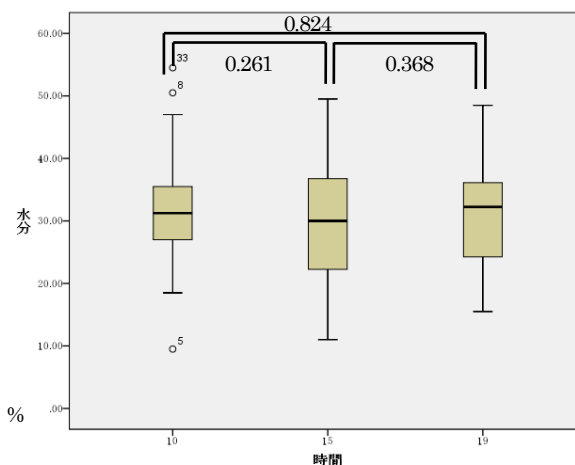


図1 皮膚水分量の経時的変化(有意確率)

②皮膚油分量について

時間経過とともに皮膚油分量は減少傾向にあり、15時と19時の間で有意に減少をしていた(表4、図2)。

表4 皮膚油分量の経時的変化

	平均値(%)	標準偏差	最小値	最大値
10時	4.21	5.56	0.00	24.00
15時	4.05	14.60	0.00	14.60
19時	2.65	3.77	0.00	18.25

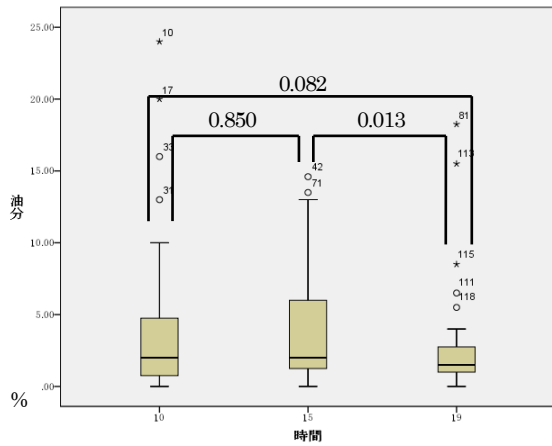


図2 皮膚油分量の経時的変化(有意確率)

3) 男女別皮膚油水分分量

①性別と皮膚水分量の関連

性別と皮膚水分量との関連は見られなかった。時間経過においても、性別との関連は見られなかった(表5)。

表5 男女別皮膚水分量の経時的変化

	男 (n=9)		女 (n=31)		有意確率
	平均(%)	標準偏差	平均(%)	標準偏差	
全体	29.56	10.42	31.57	8.39	0.01
10時	32.55	12.70	31.56	7.18	0.46
15時	27.50	8.84	30.80	9.61	0.48
19時	28.61	9.88	32.34	8.42	0.23

②性別と皮膚油分量の関連

皮膚油分量は男性の方が女性より多い傾向を示したが有意な差は認めなかった。時間経過においては、19時において男性に比べて女性の油分量が有意に少なかった(表6)。

表6 男女別皮膚油分量の経時的変化

	男 (n=9)		女 (n=31)		有意確率
	平均(%)	標準偏差	平均(%)	標準偏差	
全体	4.90	4.89	3.27	4.43	0.10
10時	5.17	5.77	3.93	5.56	0.61
15時	5.00	4.57	3.77	4.02	0.35
19時	4.55	4.84	2.10	3.28	0.02

4) 掻痒感の有無と皮膚油水分分量

掻痒感程度判定尺度において1点以上のものを掻痒感あり群、0点のものをなし群として比較検討した。

① 掻痒感と皮膚水分量の関連

掻痒感の有無と皮膚水分量との関連は見られなかった。時間経過においても掻痒感との関連は見られなかった(表7)。

表7 掻痒感の有無と皮膚水分量

	あり (n=6)		なし (n=34)		有意確率
	平均(%)	標準偏差	平均(%)	標準偏差	
全体	32.82	11.16	30.81	8.45	0.22
10時	32.66	12.90	31.63	7.79	0.83
15時	29.08	10.58	30.23	9.38	1.00
19時	36.71	10.50	30.58	8.28	0.12

②掻痒感と皮膚油分量の関連

掻痒感の有無と皮膚油分量との関連は見られなかった。時間経過別にも、19時において、掻痒感がある人はなしの人に比べて皮膚油分量が有意に多かった(表8)。

表8 掻痒感の有無と皮膚油分量

	あり (n=6)		なし (n=34)		有意確率
	平均(%)	標準偏差	平均(%)	標準偏差	
全体	6.01	6.05	3.22	4.15	0.04
10時	4.75	6.20	4.11	5.54	0.95
15時	5.58	5.16	3.78	3.94	0.56
19時	7.71	7.32	1.76	1.76	0.01

5) 視診による皮膚症状の有無と皮膚油水分量の経時的変化

①皮膚症状と皮膚水分量の関連

皮膚症状と皮膚水分量との関連は見られなかった。時間経過においても、皮膚症状と皮膚水分量の関連は見られなかった(表9)。

表9 皮膚症状の有無と皮膚水分量

	あり (n=16)		なし (n=24)		有意確率
	平均(%)	標準偏差	平均(%)	標準偏差	
全体	30.42	9.91	31.58	8.17	0.05
10時	30.16	9.52	32.87	7.83	0.45
15時	30.97	11.62	29.45	7.87	0.69
19時	30.14	9.03	32.41	8.67	0.40

②皮膚症状と皮膚油分量との関連

皮膚症状と皮膚油分量との関連は認めなかった。時間経過においては、10時において、皮膚症状のある人はなしの人に比べて皮膚油分量が有意に多かった(表10)。

表10 皮膚症状の有無と皮膚油分量

	あり (n=16)		なし (n=24)		有意確率
	平均(%)	標準偏差	平均(%)	標準偏差	
10時	6.43	6.83	2.72	4.02	0.01
15時	4.53	3.93	3.73	4.29	0.30
19時	3.20	4.55	2.29	3.19	0.71
全体	4.72	5.32	2.91	3.86	0.03

考察

1. 皮膚油水分分量について

皮膚の角質層は水分と脂肪(セラミド) 保ち、バリアとして作用する。しかし、皮膚が老化、乾燥すると水分

が失われやすく、アレルギーや微生物が侵入しやすくなる⁶⁾。また、神経線維も増え、刺激に敏感になるため、かゆみを感じやすくなる。

今回使用した測定機器において、理想とされる水分量は66～99%、油分量は31～50%とされている。測定した高齢者の皮膚水分量はおおむね30%前後、皮膚油分量は4%程度であった。油分量が分泌不足であり、それに伴い皮膚の保水力が低下し、その結果水分量も低値を示したと考える。また測定した40名のうち、掻痒感が日中にある人は17%、夜間にある人は15%と少なかった。皮膚油分量と時間経過との関連をみると、掻痒感がある群の油分量は時間経過と共に高値を示し、掻痒感がない群は時間経過とともに低値を示していた。これは測定時点では、皮膚を清潔にした状態で測定したが、掻痒感があった7名のうち、3名が保湿剤を使用しており、保湿剤塗布等が影響していると思われる。掻痒感が出現する目安となる皮膚油水分量について示唆を得ることは出来なかった。冬季には皮膚の乾燥が増悪する¹⁾と言われており、掻痒感を訴える割合が少なかったのは、測定時期が7月と夏期であったことも関連したと思われる。今後、冬期に測定した値との比較が必要である。

2. 皮膚油水分量の時間経過と掻痒感との関連

皮膚水分量の経時的変化は、全体的にも、性別・掻痒感別ともにあまり変化を認めなかった。皮膚油分量の経時的変化については、15時から19時の間で有意に低下していた。掻痒感と油分量との関連については認められなかったが、掻痒感のある群の油分量増加は軟膏等の塗布の影響を受けていると思われる。また掻痒感なし群においては時間と共に低くなる傾向を示しており、入眠時間にはさらに低値になることが推測される。皮膚に油分を補うための保湿剤などの皮膚ケアは入眠前に行うことが効果的であると考えられる。掻痒感と油分量との関連についてはさらなる研究が求められる。

結論

要介護高齢者の皮膚油水分量を3時点で測定した結果、皮膚水分量が約30%、油分量が約4%であり、どの

時点においても油分・水分ともに低値であった。皮膚油分量の低下が、皮膚の保水力低下に関連していることが示唆された。経時的には、水分量はあまり変化しなかったが、油分量は15時から19時において有意に低下していた。保湿などの皮膚ケアは入眠前に行うことが効果的であることが示唆された。

研究の限界

本研究においては、対象者が40人と少なかった。データを増やし信頼性を高めることが望まれる。

謝辞

本研究の推進にご協力いただきました介護老人保健施設並びに介護老人福祉施設ご利用者様に深く感謝いたします。また、実施に当たりご配慮いただきました職員の方々に心よりお礼申し上げます。

文献

- 1) 小林裕太：皮膚の加齢変化，基礎老化研究，32(4)，15-19，2008.
- 2) 原正哲：高齢者の xerosis，皮膚病診療，13，211-213，1991.
- 3) 新井香奈子，石垣和子：特別養護老人ホームとハウス入所高齢者における皮膚乾燥(ドライスキン)症状の特徴と分類，老年看護学，17(1)，35-44，2002.
- 4) 井口哲子：皮膚の掻痒感に尿素グリセリン水を用いて，月刊総合ケア，14(6)，46-48，2004.
- 5) 川島眞，原田昭太郎，丹後俊郎：掻痒の程度の新しい判定基準を用いた患者日誌の使用経験，臨床皮膚科，59(9)，692-697，2002.
- 6) 佐々木英忠，鳥羽研二，新井啓行，秋下雅弘：老年看護病態・疾患論，医学書院，235，2014.

— 研究報告 —

死期が迫った患者の心理面への看護の特徴とそれを支える要因

— 緩和ケア認定看護師の語りの分析 —

生田奈穂¹, 畑野相子², 簗原文子²¹滋賀医科大学医学部附属病院 6A 病棟²滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

要旨

本研究は、死期が迫った患者の心理面への看護の実際の特徴とそれを支える要因を記述することを目的とした。緩和ケア認定看護師3名を対象とし、半構成的面接調査を行い、逐語録を作成し、看護の実際とその要因分析を行った。

その結果、97の語り、34のサブカテゴリー、15のカテゴリーが得られた。看護の実際では、【希望を具体的に聞き取るように情報収集】【その人らしさを支えるように条件整備】【信頼関係が築けるように普段の会話】【自身の介入分野を見極めてスタッフと協働】【告知や死の受け入れ方に合わせて対応】【死に関する発言を受け止めて寄り添う】【患者のこれからの過ごし方を模索】の7つ、看護を支える要因では【緩和ケアに関する知識とその実践】【看取りの経験を知識に変える努力】【安心して逝ってもらえたと思えた体験】【看護師仲間での看取りの振り返り】【死との向き合い方の振り返りと模索】【死を否定せず生物体の死としての受け止め】【死に関する応答は自分自身が技術やスキル】【死生観を高めるためには日々の精進】の8つのカテゴリーが得られた。この中で終末期看護の特徴的なものとして【希望を具体的に聞き取るように情報収集】【告知や死の受け入れ方に合わせて対応】【死に関する発言を受け止めて寄り添う】が抽出された。

キーワード：緩和ケア認定看護師 終末期にある患者 心理面への看護

はじめに

平成23年における悪性新生物による死亡総数は13,571人である。死亡場所の内訳は緩和ケア病棟が8.4%、自宅が8.2%、一般病棟が81.7%であり、一般病棟での終末期医療が欠かせない状況である¹⁾。

しかし、一般病棟におけるターミナルケアに携わる看護師の思いに関する研究では、どのように患者や家族の希望を聞けばよいのか悩んでいるなどの課題が明らかにされている。また医療従事者は死にゆく患者に直面することを避ける傾向があるとの報告もある²⁾。終末期患者に関わる看護師の態度に関する研究では、「死にゆく患者と差し迫った死について話をすることを気まずく感じる」人が多かった³⁾。このように一般病棟では死に直面せざるを得ない状況であるにも関わらず、現実には終末期にある患者との関わりを躊躇する状況がうかがえる^{4~5)}。

我が国では、平成10年に終末期における疼痛・呼吸困難・全身倦怠感・浮腫などの苦痛症状の緩和や、患者・家族への喪失と悲嘆のケアを専門とする緩和ケア認定看護師制度がスタートした。現在では、1000人以上の認定看護師が登録されている。終末期患者の心理面への看護のあり方を学ぶには、緩和ケア認定看護師の看護の実際を分析することが効果的と考えた。

そこで、本研究では、緩和ケア認定看護師の語りか

ら終末期患者の心理面への看護の実際の特徴とそれを支える要因について記述することを目的とした。ここでは、終末期患者とは悪性腫瘍などに代表される消耗性疾患により、生命予後に関する予測が概ね6か月以内のものとする⁹⁾。

研究方法

1. 研究デザインは質的記述的研究とした。
2. 研究対象者は緩和ケア認定看護師3名とした。
3. 研究期間は平成26年4月～12月末日とした。
4. 研究対象者のリクルート方法

対象者が所属する病棟の長に研究計画を説明し協力を得た後、対象者の紹介を受け、研究対象者に依頼を行った。

5. 調査内容とデータ収集方法

調査内容は、終末期患者の看護の実際については、その人らしい生活を送ってもらうために大切にしていることや注意点および難しいことなどとした。要因については、現在の看護実践を支えているものについてとした。インタビューガイドを用いて半構成面接を行った。面接時間は、30～60分程度とし、面接内容は許可を得てICレコーダーに録音した。実施場所は、対象者が勤務している病院の一室で行った。

6. データ分析方法

録音データを基に逐語録を作成した。内容が不明確な場合は対象者にフィードバックし確認した。全体を精読し、文脈が変わらないようにコード化した。研究目的に沿って類似した内容をカテゴリー化した。分析の信頼性・妥当性を高めるため、質的研究の専門家のスーパーバイズを受けた。

7. 倫理的配慮

研究対象者に、口頭と文章で研究の趣旨、研究方法、プライバシーの保護、研究参加の自由性の担保、論文として発表することを説明し、同意書への署名をもって同意とした。実施にあたり、研究者所属機関の倫理審査会の承認を得た。【承認番号 H26-12】

結果

1. 対象者の概要

対象者の概要を表1に示した。

表1 対象者の概要

	対象A	対象B	対象C
年代	30代	30代	40代
性	男	女	女
看護師経験年数	14	12	26
緩和ケア認定看護師経験	2	4	11

2. インタビュー内容の分析

語りから、97の語り、34のサブカテゴリー、15のカテゴリーが得られた。看護の実際では7カテゴリー、看護を支える要因では8カテゴリーであった(表2表3)。文中では、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを<>, 語りを「 」で表した。

(1) 死期が迫った患者への心理面への看護の実際

【希望を具体的に聞き取るように情報収集】

「予後が短くなってから聞くのではなく、病気がわかった時から治療を継続していく中で少しずつ話をし、希望を把握していく」などの語りを<早い段階からの希望に関する情報を積み重ねる>など6つのサブカテゴリーに集約し【希望を具体的に聞き取るように情報収集】を抽出した。

【その人らしさを支えるように条件整備】

「治療を優先した環境ではなく、患者の大事にしているものを把握して揃え、環境を整え、その人の価値観で判断できるようにする」などの語りを<患者の価値観で判断できる環境を整える>など3つのサブカテゴリーに集約し【その人らしさを支えるように条件整備】を抽出した。

【信頼関係が築けるように普段の会話】

「普段の業務の時から患者との関係性が必要で、信頼される行動をとる必要がある」などの語りを<普段の業務姿勢が信頼関係に影響する>など2つのサブカテゴリーに集約し【信頼関係が築けるように普段の会話】を抽出した。

【自身の介入分野を見極めてスタッフと協働】

「自分で介入できない分野に関しては、他の職種に相談し、協力してサポートを行う」などの語りを<自分ができる範疇の見極めと連携>など2つのサブカテゴリーに集約し【自身の介入分野を見極めてスタッフと協働】を抽出した。

【告知や死の受け入れ方に合わせて対応】

「死期が近い人でも、自分の中で予想出来ている人には入っていきける」などの語りを<予後を受け入れている患者の希望には添いやすい>など4つのサブカテゴリーに集約し【告知や死の受け入れ方に合わせて対応】を抽出した。

【死に関する発言を受け止めて寄り添う】

「死を話題にされた時は、死を気にしていることに関して声をかけ話していただき、いい話ができありがたかったということをセットで答える」などの語りを<自分を選んで、「死」に関する話をしてくれたことに感謝を伝える>など4つのサブカテゴリーに集約し【死に関する発言を受け止めて寄り添う】を抽出した。

【患者のこれからの過ごし方を模索】

「自分の中でこういうことをしたらよいのではと頭で考えることが大事」などの語りを<患者や家族の立場に立ち、自分に出来ることを考える力が大切>など2つのサブカテゴリーに集約し【患者のこれからの過ごし方を模索】を抽出した。

(2) 看護を支える要因

【緩和ケアに関する知識とその実践】

「認定看護師コースで勉強したことを基にして、実践し、患者からも教わった」などの語りを<緩和ケア認定看護師コースで学んだ知識とその実践>に集約し【緩和ケアに関する知識とその実践】を抽出した。

【看取りの経験を知識に変える努力】

「患者と接し、学び、また次の患者に接して、学ぶという積み重ね」などの語りを<患者から得た経験を

表2 死期が迫った患者への心理面への看護の実際

語り	サブカテゴリー	カテゴリー
<ul style="list-style-type: none"> ・病院での患者の様子だけでなく、話を聞くことで家庭での過ごし方やこれまでの生き方、大切にしているものを聞きその人らしきを得る。 ・他愛もない会話しながら、患者の情報を得ていく。 ・予後が短くなってから聞くのではなく、病気がわかった時から治療を継続していく中で少しずつ話をして、希望を把握していく。 ・予後の希望の話は、薬が変わる時などきっかけがある時が話しやすい。 ・患者と話、分からないことは聞いて、その人の思いを把握するというのがベースと考えており、意識している。 ・聞いて得たその人らしさを患者に聞き返して、看護師の認識が患者の思いと一致しているか確認する。 ・過ごす場所、されては困ること、身体的な症状への対処方法を聞く。 	<ul style="list-style-type: none"> 自宅での暮らしや今までの生き方の把握を優先 他愛のない日常会話を活用した情報収集 早い段階からの希望に関する情報を積み重ねる 治療や病態の変化時希望を聞ききっかけに活用 思いの表出を曖昧にせず、具体化させる 希望をきくタイミングを常に見計らう 	希望を具体的に聞き取るように情報収集
<ul style="list-style-type: none"> ・治療を優先した環境ではなく、患者の大事にしているものを把握して揃え、環境を整え、その人の価値観で判断できるようにする。 ・患者が過ごしやすい環境を作るために、身体的苦痛の緩和を行う。 ・症状をマネジメントし、患者が安心できるよう家族との時間を作る。 ・心理的苦痛には、時間を作り、会話を行う。 ・会話をすることで、お互いが理解を深め合い、信頼関係の構築に繋がる。 ・普通の業務の時から患者との関係性が必要で、信頼される行動をとる必要がある。 ・自分で介入できない分野に関しては、他の職種に相談し、協力してサポートを行う。 ・一人ではできないことが多いので、他のスタッフの協力を得ることが必要。緩和ケアはチームワークが大切。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の価値観で判断できる環境を整える その人らしく過ごせるための身体的苦痛の緩和 心理的苦痛緩和と目的の会話 本音で話す日常会話が信頼関係に役立つ 普段の業務姿勢が信頼関係に影響する。 自分ができる範疇の見極めと連携 一人の対処能力の限界を補うためのチームワーク力 	<p>その人らしさを支えるように条件整備</p> <p>信頼関係が築けるように普段から会話</p> <p>自身の介入分野を見極めてスタッフと協働</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・確認事項は一緒だが、配慮の仕方が異なる。 ・その人が判断しても、前提条件が整ってないから、判断の答えが本心で現実的なものかわからない。 ・死期が近く、信じられていない人には、今後の希望を聞いていると、予後をばらしている様に感じ、頭を悩ます。 ・死期が近い人でも、自分の中で予想出来ている人にははいついける。 ・予後の告知の有無で対応は変わらない。 ・きちんと伝えられていない患者は家族が知らせてほしくないというケースも多いので、自分の方法論だけでは、確認するのは難しい。 	<ul style="list-style-type: none"> 本人の予後認識の背景を考慮した思いの把握 予後を受け入れている患者の希望には添いやすい 予後の告知の有無で対応は変わらない 告知をしたくない家族の思いを優先した患者の希望の把握の難しさ 	告知や死の受け入れ方に合わせて対応
<ul style="list-style-type: none"> ・死の発言があったときなぜかを聞く。 ・言葉をキャッチすることが大切で、流してしまうと、患者は次から何も言えなくなる。 ・話の広がり方は患者それぞれで、返す言葉は決めていないが聞くことは決めてる。 ・死に関する発言をした空間にいさせてもらえただけでありがたい。 ・「死」を話題にされた時は、死を気にしていることに関して声をかけ、話していただきたい話ができ、ありがたかったということをセットで答える。 ・返答できなくてもいいと思う。・返せないのも一つの答え。 ・患者は答えを求めているだけではなく、辛さを理解して欲しかったり、気持ちを発したいのではないかと、勉強して感じた。 	<ul style="list-style-type: none"> 死に関する発言の理由を聞く 「死」の発言を逃さず、受け止めたことを伝える 自分を選んで、「死」に関する話をしてくれたことに感謝を伝える 答えることが全てではなく、患者の辛さを理解し、側にいることも重要 	死に関する発言を受け止めて寄り添う
<ul style="list-style-type: none"> ・予後に関係なく、今後過ごしていくためにどのようなことができるか、どのように生活していくかといのは、頭にある。 ・困っている姿、辛そうな姿を何とか楽にしようという気持ち。 ・自分の中でこういうことをしたらよいのではと頭で考えることが大事。 ・患者や家族など、他人の立場にたつて物事を見直す力。 	<ul style="list-style-type: none"> 患者のこれからの過ごし方を考える 患者や家族の立場に立ち、自分に出来ることを考える力が大切 	患者のこれからの過ごし方を模索

表3 看護を支える要因

語り	サブカテゴリー	カテゴリー
<ul style="list-style-type: none"> ・認定看護師コースで勉強したことを基にして、実践し、患者からも教わった。臨床経験とベースに知識。 ・研修を経て、返答の仕方がわかり、意識して行うようになった。患者からのサインであると早くからわかっていたらもっと若い時からできたのではないか。 	緩和ケア認定看護師コースで学んだ知識とその実践	緩和ケアに関する知識とその実践
<ul style="list-style-type: none"> ・患者と接し、学び、また次の患者に接して、学ぶという積み重ね。体験を知識に変える努力。 	患者から得た経験を知識に変える努力の積み重ね	看取りの経験を知識に変える努力
<ul style="list-style-type: none"> ・看護師5.6年目の時に、二週間で7人くらい患者が亡くなるのを体験した。 		
<ul style="list-style-type: none"> ・最初は死が嫌だったが、患者が自分の勤務時に安心して逝ってくれると思えた。受け入れ、向き合え、死を否定するものではないと考えた。 	患者が自分の勤務時に安心して逝っていると思えた体験	安心して逝ってもらえたと思えた体験
<ul style="list-style-type: none"> ・他の認定看護師に相談し、いろいろな人から学んできた。 ・上司や周辺の看護師の協力。 	看取りの体験に関して看護師仲間と共有	看護師仲間での看取りの振り返り
<ul style="list-style-type: none"> ・死に向き合えると思っていない。 ・患者が亡くなる状況にあたると心苦しい。 	患者の死と向き合えていると思えない意識	死との向き合い方の振り返りと模索
<ul style="list-style-type: none"> ・最後の別れの時間に、患者と家族に後悔なく、いい時間を過ごしてもらえようとお手伝いさせてもらっている。貴重な時間。 	患者と家族の最期の貴重な時間を、後悔なく過ごしてもらうためのお手伝いと認識	死を否定せず生物体の死としての受け止め
<ul style="list-style-type: none"> ・死はふつう否定的だが、人間・生物としていつか死ぬものであり、死の経験をたくさん積み重ねることでそう思えた。 	死の経験を積み重ねたことで生物体の死として死を否定しない受け止め	
<ul style="list-style-type: none"> ・「死」について聞かれた時の答えは、スキルに任せるのではなくて、普段物事をどのように考えているのか、死に向き合っているか試されていて、行動にも現れる。・死生観をどのようにもっているのかにもよる。 	私が「死」について聞かれたときに使う技術・スキルは自分自身	死に関する応答は自分自身が技術やスキル
<ul style="list-style-type: none"> ・看護師として、その人の生活を変えてしまうかもしれないという責任を持つこと。 	患者の人生を左右するという責任感をもつ	
<ul style="list-style-type: none"> ・経験を増やしていくこと。 ・症状マネジメントの知識。 	緩和ケアに対する知識や臨床経験を増やしていく	死生観を高めるためには日々の精進
<ul style="list-style-type: none"> ・死生観、人生観を身に付ける 	死生観や人生観を身に付ける	

知識に変える努力の積み重ね>に集約し【看取りの経験を知識に変える努力】を抽出した。

【安心して逝ってもらえたと思えた体験】

「最初は死が嫌だったが、患者が自分の勤務時に安心して逝ってくれると思えた。受け入れ、向き合え、死を否定するものではないと考えた」などの語りを<患者が自分の勤務時に安心して逝っていると思えた体験>に集約し【安心して逝ってもらえたと思えた体験】を抽出した。

【看護師仲間での看取りの振り返り】

「他の認定看護師に相談し、いろいろな人から学んできた」などの語りを<看取りの体験に関して看護師仲間と共有>に集約し【看護師仲間での看取りの振り返り】を抽出した。

【死との向き合い方の振り返りと模索】

「患者が亡くなる状況にあたると心苦しい」などの語りを<患者の死と向き合えていると思えない意識>

に集約し【死との向き合い方の振り返りと模索】を抽出した。

【死を否定せず生物体の死としての受け止め】

「死はふつう否定的だが、人間・生物としていつか死ぬものであり、死の経験をたくさん積み重ねることでそう思えた」などの語りを<死の経験を積み重ねたことで生物体の死として死を否定しない受け止め>など2つのサブカテゴリーに集約し【死を否定せず生物体の死としての受け止め】を抽出した。

【死との向き合い方の振り返りと模索】

「患者が亡くなる状況にあたると心苦しい」などの語りを<患者の死と向き合えていると思えない意識>に集約し【死との向き合い方の振り返りと模索】を抽出した。

【死に関する応答は自分自身が技術やスキル】

「死について聞かれた時の答えは、スキルに任せるのではなくて、普段物事をどのように考えているの

か、死に向き合っているか試されていて、行動にも現れる」などの語りを＜私が「死」について聞かれたときに使う技術・スキルは自分自身＞に集約し【死に関する応答は自分自身が技術やスキル】を抽出した。

【死生観を高めるためには日々の精進】

「看護師として、その人の生活を変えてしまうかもしれないという責任を持つこと」などの語りを＜看護師として、その人の生活を変えてしまうかもしれないという責任を持つこと＞など3つのサブカテゴリーに集約し【死生観を高めるためには日々の精進】を抽出した。

看護の実際とそれを支える要因の関連を図1に示した。

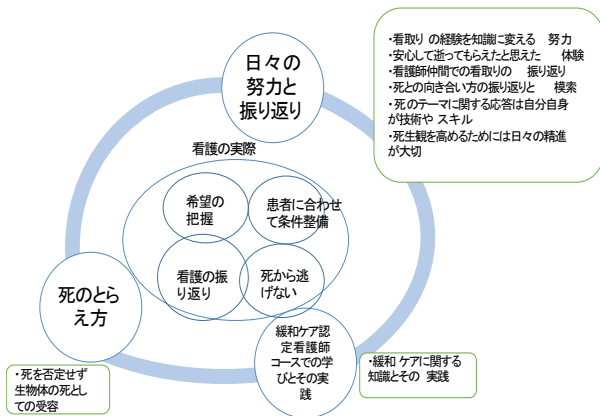


図1 看護の実際とそれを支える要因の関連

考察

看護の実際として7つのカテゴリーとそれを支える要因として8つのカテゴリーが得られた。抽出されたカテゴリーの中で、死に直面した患者の看護の実際を特徴づける3つのカテゴリーとそれを支える要因2つのカテゴリーについて考察を加える。

1. 終末期看護の実際

1) 【希望を具体的に聞き取るように情報収集】

全ての看護師が予後の過ごし方の希望を会話によって把握していた。患者の情報や希望を把握することは、看護において、一般的に必要な事柄である。終末期看護における特徴的な情報として、自宅での暮らし方や大切にしていること、身体的症状の対処方法についての希望の把握を意識していた。終末期看護の役割は、患者に残された時間のQOLを高め、その人らしい生活を全うできるように援助することである。自宅での暮らし方や、患者が大切にしているものには、個性が大きく現れる。これらを把握することは、終末期看護の目的である、その人らしく過ごすことを援助する

看護に繋がる。

看護師は「予後が近くなってからでは、希望を叶えられない状況が多い」と語り、病気が発覚した[早い段階から治療と並行して、少しずつ希望を把握し情報を積み重ね]ていた。日本看護協会は、早い段階から考えをめぐらすことにより、患者は時間をかけてじっくり考え家族等と話し合いながら、誰もいつか必ず迎える死について準備することができる。また、最期を迎える際の治療の在り方などの具体について徐々にイメージを固めていくことも可能となる¹⁰⁾と報告している。つまり、早い段階から希望の把握をすることで、患者は死への準備ができ、患者の希望する最期により一層近づくことに繋がる。会話による希望の把握で重要なことは、早い段階から計画的に対応し、今後の患者の姿を予測することである。

2) 【告知や死の受け入れ方に合わせて対応】

殿城は、曖昧な告知がされている場合、看護師は本音で話し合えず、どのように患者や家族の希望を聞けばよいのか悩んでいる⁵⁾ことを報告している。本研究でも、「死期が近く、信じられていない人には、今後の希望を聞いてみると、予後をばらしているように感じ、頭を悩ます」といった語りが見られた。このことから、曖昧な告知がされている患者や、死を受け入れていない患者からの予後の希望の把握は困難である。

キューブラー・ロスは人が死を迎える過程で経験する心理的状态として、否認・怒り・取り引き・抑うつ・受容の5つのステップをたどると提唱している。また、山西は余命が未告知の場合、不安・不満感が増大する¹¹⁾と報告している。死を迎える患者は不安や恐怖、苛立ちなどの心理的苦痛を抱く。それに加え、余命の未告知や曖昧な告知が加わると一層不安は増大する、心理的苦痛の大きさは、看護師は患者の心理面に触れることを躊躇させ、患者の希望の把握がより一層困難となる。このことは、「予後がきちんと伝えられていない人の判断は本心で現実的な判断かわからないので配慮の仕方が異なる」という語りにも表れている。予後の情報は、患者がその後の生活の在り方を決断するための重要な情報である。余命の未告知や曖昧な告知の中での患者の決断は、本当にそれでよいのかと看護師を悩ませることが示唆された。

3) 【死に関する発言を受け止めて寄り添う】

看護師は＜自分を選んで死に関する話をしてくれたことに感謝＞を述べていた。死に関する話題は、誰に

でも行える話題でなく、この人なら気持ちをわかってくれるという思いや、患者と看護師の間に信頼関係があった上で行える話題である。そのため、死を話題にする相手に患者が選んでくれたことに感謝を述べることは、一つの重要な返答である。

また、看護師は「死の発言を逃さず、受け止めた意思を伝える」や「死を話題にされた時は、死を気にしていることに関して声をかける」と語っていた。死の発言はどの看護者に対しても言えることでなく、発言には勇気が必要である。患者は様々な考えを巡らせて、死に関する発言を行う。「流してしまうと、患者は次から何も言えなくなる」という語りのように、一度患者の発言を逃すと、患者が再び死の話題をすることは少ない。死に関する発言の機会は、看護師に対する印象が変わる機会になるともいえる。これらのことより、患者に対して死の発言をキャッチしたことを伝え、看護師がしっかりと話を聞いている姿勢を見せることが重要であることが示唆された。

看護師は「答えを返答することが全てではなく、患者の辛さを理解し、側にいることも重要」と語っていた。患者の死に関する発言に対して、必ず何かの答えを与えることが必要ではない。患者は看護師が自分の思いを受け止めることや、気持ちの理解を求めていると思われる。死に関する発言の際は、その言葉に込められた思いを汲み取り、共感の態度を示すことが重要である。

2. 看護実践を支える要因

1) 【死を否定せず生物体の死としての受け止め】

死は誰もが避けたいと感じ、人の死に会うことは心苦しく、死に対して否定的な感情を持っている。大下は、死は、自身が求めている別離を強いる故に、恐れ、悲しみ、怒り、絶望、恨み、諦め、挑みなどの情動的反応を生じさせ、中でも恐れと悲しみが最も多く表出されると述べている¹²⁾。

しかし、看護師は「死はふつう否定的だが、人間・生物としていつか死ぬもの」と語っていた。患者の死を生物体の死として受容していると言える。「看護師5～6年目の時に、2週間で7人くらい患者が亡くなるのを体験した」や「最初は死が嫌だったが、患者が自分の勤務時に安心して逝ってくれると思えた」という語りのような患者の死の経験、【安心して逝ってもらえたと思えた体験】を積み重ねることで、患者の死は嫌だという考えが、<死を否定せず生物体の死としての受

け止め>というとらえ方に変化したのである。

この死の捉え方は、死に直面し、恐怖や不安で苦痛を感じている患者に向き合うことや、患者が死を迎えるまでその人らしく生活することを支える看護を可能にしていると考える。

2) 【死に関する応答は自分自身が技術やスキル】

看護に必要な、診療の補助や療養の世話のための技術は、方法を学び訓練を行えば次第に習得できるものである。しかし、看護師は「私たちが使う技術・スキルは自分自身。死について聞かれた時の答えは、スキルに任せるのではなくて、普段物事をどのように考えているのか、死に向き合っているか試されていて、行動にも現れる。」と語っていた。終末期の患者への心理面の看護には、看護師自身の人間性や、死に対する考え方がそのまま現れる。その人間性や死生観は、普段何気なく過ごしているだけでは身に付かない。それらを身に付けるには、看護師の語ったように、普段から死について自身の中で向き合い、考えることが必要である。

終末期看護を行うにあたり、何かの技術に頼るのではなく、死に対する考え方や人間性を身に付けて患者に向き合うこと、またそのような看護師になる努力を惜しまないことが重要であることが示唆された。

研究の限界

本研究では対象者数が3人と少なく、データが飽和状態に至っていない可能性がある。面接対象者を増やし、信頼性を高める必要がある。

また、看護の特徴づけるカテゴリーを抽出したが、量的研究を行い信頼性・妥当性を高めていく必要がある。

結語

死期が迫った患者への看護の実際として7つのカテゴリーが抽出された。その中で特徴的なものとして

【希望を具体的に聞き取るように情報収集】【告知や死の受け入れ方に合わせて対応】【死に関する発言を受け止めて寄り添う】があった。すなわち、患者自身が希望する生き方に焦点をあてつつ、患者の死への向かい方に合わせて看護が展開されていた。

看護の実際を支える要因として8つのカテゴリーが得られた。その中で特徴的なものとして【死を否定せず生物体の死としての受け止め】【死に関する応答は自

分自身が技術やスキル】があった。看護を支える要因は死をどう受け止め、どう対処するかという看護師自身の姿勢にあった。

死を特別なことと考えるのではなく、日々の生活の中で死生観について考えることの重要性が示唆された。

謝辞

ご多忙の中、研究に参加していただいた緩和ケア認定看護師の方々に厚くお礼申し上げます。

参考文献

- 1) 厚生労働省：人口動態調査, 平成 24 年版 (2014. 5. 7), <http://www.mhlw.go.jp/>
- 2) 大西奈保子：ターミナル期にある患者との関わり-ケアにおける看護師の感情と認知-, 臨床死生学, 7(1), 53-58. 2002
- 3) 宮下光令：ナーシング・グラフィカ, 緩和ケア, 12-13, メディカ出版, 大阪, 2013
- 4) 中西美代子, 志自岐康子：ターミナル期の患者に関わる看護師の態度に関連する要因の検討, 日本看護科学会誌, 32(1), 40-49, 2012
- 5) 殿城友紀：一般病棟でターミナルケアに携わる看護師の思い, 日本赤十字看護大学紀要, 23, 66-75, 2009
- 6) NPO 法人日本ホスピス緩和ケア協会. 緩和ケア病棟入院料届出受理施設・病床数の年度推移 (2014. 5. 7) http://www.hpcj.org/what/pcu_sii.html
- 7) 宮下光令, 今井涼生：データでみる日本の緩和ケアの現状, ホスピス・緩和ケア白書, 54-69, 青海社, 2013
- 8) 厚生労働省：終末期医療に関する調査報告書, 終末期における療養の場所, 89, 2010
- 9) 厚生労働省：終末期医療の在り方に関する検討会の設置についての報告書, 7, 2012
- 10) 日本看護協会：終末期医療の意思決定における看護 (2014. 11. 18), <http://www.nurse.or.jp/>
- 11) 山西暁子, 上谷幸子：余命未告知患者とその家族への医療従事者の関わり方の検討, 日本看護学論文集, 地域看護, 123-126, 2012
- 12) 厚生労働省：終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン, 1-3, 2007
- 13) 大下大圓：どう行う?最期のケア-救急での看取りの知識と技術-日本人にとっての死, エマージェンシー・ケア, 20(10), 982- 986, 2007

— 研究報告 —

医療的ケアを必要とする子どもの親への退院支援 — 両親へのインタビューから病棟看護師の役割を考える —

西原静香¹，野秋絢美¹，桑田弘美²，白坂真紀²

¹滋賀医科大学医学部附属病院5A病棟

²滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

要旨

医療的ケアが必要な子どもの親への退院支援における病棟看護師の役割について明らかにするため、両親 3 組にインタビュー調査を行った。その結果、以下のことが明らかになった。1.両親は重症心身障害のある子どもと生活することを選択する、2.両親は同じ境遇の家族と情報を共有する、3.両親は子どもの成長や社会資源で奮起する、4.両親は在宅療養にむけてゆきとどいた看護を実感する、5.両親は入院中から在宅ケア技術習得を心掛ける、6.両親は在宅ケアの技術支援を期待する、7.両親は在宅ケアの負担を軽減できないことに悩む。以上より、病棟看護師の役割として考えられたことは、家族の在宅療養に対する想いを共有し、家族とともに在宅療養を目指すこと、また、退院後に長く続く生活を想定した、その家族の在宅ケア方法を入院中から家族とともに見出すことである。

キーワード：在宅療養 退院支援 子ども 医療的ケア

はじめに

小児医療の進歩により、医療的ケアを必要としながらも、在宅で安定して過ごすことができる子どもが増加している¹⁾。医療的ケアの必要な子どもの親への退院支援に関する先行研究では、事例報告や、退院支援を行ったプライマリ看護師へのアンケート調査から在宅療養にむけた支援方法が明らかにされている^{2) 3)}。しかし、先行研究では母親を対象としていたものが多く、両親にインタビュー調査を行い退院支援における病棟看護師の役割に焦点を当てて行われた研究は見られなかった。そこで、両親が在宅療養を選択し、必要な医療的ケアを習得し、実際に在宅療養へ移行するといった過程においてどのようなことを経験したのか、病棟看護師の関わりをどのように感じていたのかを明らかにしたいと考えた。そして、病棟看護師の役割を見出し、医療的ケアが必要な子どもに対する退院支援に今後活かしたいと考える。

目的

医療的ケアを必要とする子どもの親が在宅療養に移行する課程でどのようなことを経験したのか、病棟看護師の関わりをどのように感じていたのかを明らかにする。

用語の定義

医療的ケア：生活の援助のために家族が医師の許可の下で、医師や看護師の指導で行うことを任された行為で、経管栄養、吸引、酸素療養、人工呼吸器、気管切開に関するもの。

退院支援：退院指導・退院調整、自己と家族決定支援を含む入院中に行われる退院を見据えた支援、患者とその家族を取り囲む他職種における支援、なお本研究では病棟看護師による支援に関するもの。

研究方法

1. 研究デザイン
質的記述的研究
2. 研究対象
退院後に医療的ケアを行っている子どもの両親 3 組 (表 1 参照)であった。入院期間中に両親で交代しながら付き添っており、退院後 1 年経過していない家族を選定した。
3. 調査期間
平成 27 年 4 月～6 月
4. データ収集方法
研究対象者に文書を用いて、研究をする目的、方法、倫理的配慮について説明を行い、同意を得た。インタビューガイドをもとに、両親 1 組ずつに半構成的面接を行った。インタビュー内容を逐語録に起こしデータとした。
5. インタビューガイドの内容
 - 1) 在宅療養を選んだ理由
 - 2) 現在の 1 日の生活の流れ
 - 3) 在宅療養の準備を進める中で、不安に感じたこと、戸惑ったこと
 - 4) 3)はどのようにして解決されたか
 - 5) 在宅療養の準備を進める中で、支えや励みになったこと

- 6) 病棟看護師の退院支援について
 - ・支援の開始時期はどうだったか
 - ・支援の内容（方法、スピード等）はどうだったか
 - ・役に立ったと思われた内容
- 7) 実際に在宅療養をして、入院中からさらに準備が必要だったと思うこと

6. データ分析方法

医療的ケアが必要な子どもの親への退院支援の実際について、逐語録からコード化を行った。類似性に基づいてサブカテゴリー化、カテゴリー化をし、質的記述的方法で分析した。分析は複数人で行い、小児看護の専門家のスーパーバイズを受け、妥当性・信頼性の確保に努めた。

7. 倫理的配慮

研究実施前に本病院看護部倫理委員会の審査（承認番号：H27-05）を受け承認を得た。対象者には研究目的を説明文書に基づき説明をし、協力を得た。得たデータの匿名性を保証し、プライバシーの保護を約束した。調査への協力を辞退してもなんら不利益を被らないことを説明した。また、個人情報が出ないように、研究者が得たデータの管理を確実にを行った。

表1 研究対象者の背景

事例	A	B	C
対象者の職業・年齢	父：会社員 (30代) 母：専業主婦 (30代)	父：会社員 (20代) 母：専業主婦 (20代)	父：会社員 (30代) 母：専業主婦 (40代)
家族構成	父、母、本人	父、母、本人	父、母、本人、弟
子どもの年齢	幼児前期	幼児前期	学童期
子どもの疾患名	新生児低酸素性虚血性脳症	重症新生児仮死	進行性ミオクロース
必要な医療的ケア	経管栄養、吸引（気管切開・鼻腔・口腔）、人工呼吸器の管理、気管切開の管理、酸素療法	吸引（気管切開）、人工呼吸器の管理、浣腸、気管切開の管理、酸素療法	経管栄養、吸引（気管切開・鼻腔・口腔）、人工呼吸器の管理、気管切開の管理
入院期間	3ヶ月	2ヶ月	4ヶ月
退院からインタビューまでの期間	10ヶ月	7ヶ月	7ヶ月

結果

インタビュー内容を分析した結果、172のコード、33のサブカテゴリー、7つのカテゴリーが抽出された。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリー []、コードを『 』で示す。

退院支援を通じての医療的ケアが必要な子どもの親の経験として、【重症心身障害のある子どもと生活することを選択】【同じ境遇の家族と情報を共有】【子どもの成長や社会資源で奮起】【在宅療養に向けてゆきとどいた看護を実感】【入院中から在宅ケア技術習得を心掛け】

【在宅ケアの技術支援を期待】【在宅ケアの負担を軽減できないことに悩み】が挙げられた。それぞれカテゴリーを抽出するまでの結果を以下に述べる。(表2参照)

1. 【重症心身障害のある子どもと生活することを選択】

『病気が発覚した時は、自宅に帰れるか分からなかった』り、『ずっとこのまま入院かもしれない』と、[退院を予想できない病状]であった。『自力で呼吸する可能性を諦められなかった』、『普通の子と違う方法で呼吸をすることに抵抗があった』と、[気管切開への葛藤や戸惑い]があった。しかし、『自宅に帰る以外の選択肢はなかった』という思いや、『家族は一緒に暮らし、生活したいという思いがあった』り、『自宅で一緒に過ごすことが理想形だった』ことから、[家族で過ごす在宅療養を選択]した。そして、[呼吸の安定のために気管切開に同意]した。

2. 【同じ境遇の家族と情報を共有】

『入院中には在宅療養をしている子どものブログを見た』りして、[SNSで他の子どもの在宅療養の情報を収集]していた。また、『患者会の子どもたちのように生活できる未来を想像』し [同じ病状の子どもの元気な姿に希望]を抱いていた。そして、問題を『他の家族と話をすることで解決できた』り『患者会からの情報ありがたい』との語りから、[他の家族との情報共有の有用性を実感]している。しかし、『移動できなかったため、他児と知り合う機会がなかった』と、[同じ病状の子どもと交流する機会がないことを懸念]し、[同じ病状の子どもと家族との交流を希望]していた。

3. 【子どもの成長や社会資源で奮起】

両親は『ショックを受けていた家族が今は、応援してくれる』、『友人も協力的である』と語り、[友人・家族の協力が支え]と実感していた。『社会資源を十分に利用』し [社会資源が支え]ともなっていた。また、[子どもの成長が支え]となり、その成長のために『レスパイトを利用して様々な経験をさせたい』と望み、[様々な経験による子どもの成長や発達に期待]していた。

表2 退院支援を通じての親の経験

カテゴリー	サブカテゴリー
重症心身障害のある子どもと生活することを選択	退院を予想できない病状/気管切開への葛藤や戸惑い/家族で過ごす在宅療養を選択/呼吸の安定のために気管切開に同意
同じ境遇の家族と情報を共有	SNS で他の子どもの在宅療養の情報を収集/同じ病状の子ども元気な姿に希望/他の家族との情報共有の有用性を実感/同じ病状の子どもと交流する機会がないことを懸念/同じ病状の子どもと家族との交流を希望
子どもの成長や社会資源で奮起	友人・家族の協力が支え/社会資源が支え/子どもの成長が支え/様々な経験による子どもの成長や発達に期待
在宅療養にむけてゆきとどいた看護を実感	病棟看護師の親身な看護を実感/病棟看護師の両親に対する精神的ケアを実感/経済的な心配に看護師が対応/退院調整看護師の幅広い支援を実感/訪問看護師のゆきとどいた看護を信頼/退院カンファレンスの有用性を実感
入院中から在宅ケア技術習得を心掛ける	十分な準備期間を経て、在宅療養へ適応/入院中から在宅療養を想定/病院での付き添い経験が在宅移行に直結/シミュレーションで緊急時の対応方法を獲得/試験外出、外泊で在宅療養生活の課題が明確化
在宅ケアの技術支援を期待	在宅ケア技術の適切さの確認を希望/大学病院に在宅移行後の継続的な支援を希望
在宅ケアの負担を軽減できないことに悩み	在宅療養に漠然とした不安/医学的な知識、医療的なケアに関する知識不足/緊急時の対応方法への不安/夜間十分に休息できないことによる心身への負担/疲労を軽減するための支援が不足/緊急時の対応への緊張感/両親が情報共有することで負担を軽減/両親の協力で退院後の問題を解決

4. 【在宅療養にむけてゆきとどいた看護を実感】

『看護師が手厚くケアの方法を教えてくださいました』になり、『病棟看護師の指導内容、全てが役に立った』と『病棟看護師の親身な看護を実感』し

ていた。両親は『休息できているか気にかけながら進めてくれた』、『かわいがってくれたり成長を喜んでくれたことが嬉しかった』というように『病棟看護師の両親に対する精神的ケアを実感』していた。『退院調整看護師が細部に渡り手配してくれた』り、『制度や手続き、移動手段、受診先、全て調整してもらった』ことから『経済的な心配に看護師が対応』し『退院調整看護師の幅広い支援を実感』していた。また、『訪問看護師は時間外も相談に乗ってくれる』と『訪問看護師のゆきとどいた看護を信頼』していた。『病棟内外の医療者との打ち合わせが最終確認の場』であり、『関係者で話し合いができ、あって良かった』と『退院カンファレンスの有用性を実感』した。

5. 【入院中から在宅ケア技術習得を心掛け】

『無理のない指導をうけ、少しずつ覚えていった』、『入院当初から指導が入り、児の症状や栄養状況をみながら、付き添うことができた』と、『十分な準備期間を経て在宅療養へ適応』していった。また、『父親の起床時間に合わせて、経管栄養を実施』し、『今も入院中と同じ生活リズムで過ごしている』ことから、『入院中から在宅療養を想定』していた。『付き添っていたから在宅療養へ移行できた』と語り、『病院での付き添い経験が在宅移行へ直結』していた。『看護師の見守りで、アンビューバッグの練習を実施』し『シミュレーションで緊急時の対応方法を獲得』していた。『試験外泊で足りないことに気付き、在宅療養に活用』し、『試験外出、外泊で在宅療養生活の課題が明確化』されていた。

6. 【在宅ケアの技術支援を期待】

『風邪の前兆の症状を聞きかかった』や『病状が悪化したときに変わるであろうケアを教えて欲しかった』と語り、『在宅ケア技術の適切さの確認を希望』していた。また、『対応に困った時、訪問看護師にどこまで頼っていいかわからず、大学病院に連絡をした』、『大学病院にレスパイトの役割があるとよい』と、『大学病院に在宅移行後の継続的な支援を希望』していた。

7. 【在宅ケアの負担を軽減できないことに悩み】

『在宅療養の準備、全てが不安だった』り、『在宅移行へのハードルは高い』と感じており、『在宅療養に漠然とした不安』があった。その中には『痰の正常・異常の基準、異常時の対応が分からない』、『人工呼吸器・気管切開のことを知らない』といった『医学的な知識、医療的なケアに関する知識不足』があった。また、『緊急時の対応方法への不安』もあった。在宅療養移行後は、『子どもが夜間中途覚醒するといらいらする』、『昼は訪問看護があるが、夜は両親でケアを行うので疲労が大きい』など『夜間十分に休息できないことによる心身への負担』があった。『近隣に交代できる人がいないためしんどい』や『レスパイトを利用し、十分に休

息したい』との語りから「疲労を軽減するための支援が不足」していることが分かった。『カニューレが抜けたら怖いので、少しの音でも敏感に反応する』、『目が覚めたら児が白くなって動かなくなっていることをイメージすると、緊張する』というように、「緊急時の対応への緊張感」が在宅療養後も続いていた。そのような生活の中、『両親での情報共有がないと一人で抱え込むことになる』、『情報共有がないと両親でケアするのは難しい』と、「両親が情報共有することで負担を軽減」していた。『退院後も両親で交代してケアをしていた』り、『退院後1~2週間、父が育児休暇をとった』ことから「両親の協力で退院後の問題を解決」していた。

考察

病棟看護師は重症心身障害児が退院するにあたって、退院支援として主に医療的ケア技術の指導を行う。両親は在宅療養に向けて、在宅に移行することを当たり前として捉えており、在宅療養する選択をした。両親は在宅ケア技術を身につけようと努力し、同じ境遇の家族と情報共有したり、社会資源の有用性や病棟看護師のゆきとどいた看護を実感していた。一方、十分に休息できない現状が退院後にはあり、在宅ケアの負担を軽減できないことに悩んでいたことが明らかとなった。そこで、「在宅移行を選択することへの援助」「在宅ケア技術の習得を支援」「在宅ケアの負担を軽減できない現状」の3つに分けて考察する。

1. 在宅移行を選択することへの援助

事例A・Bは在宅療養への移行が目的で他院から転院となったが、子どもの疾患について十分に把握しており、家族が揃って生活できる在宅療養の有用性を理解していた。事例Cは原疾患の進行に伴い、入院後に人工呼吸器を装着することとなったため両親にとっては想定外の出来事であったが、退院後自宅に戻ることをそのまま受け入れていた。

両親は子どもの疾患が判明した直後は未来に不安を抱き、退院すら予想できていなかった。急性期を脱し状態が安定すると、在宅療養が選択肢としてあがった。しかし、気管切開を決断することへの戸惑いや、家族が医療行為を行うことは想像できない様子がかげえた。両親ともに『自宅に帰る以外の選択肢はなかった』、『家族は一緒に暮らし、生活したい』という願いがあり、『児の成長や発達には家族と過ごすことがよい』との語りから、全ての両親が家族だから退院後は家に帰るということを、自然の流れとして捉えていた。家族とは一緒に自宅で暮らすものという家族像を抱いていたと考えられ、それらが子どもの医療的ケアを担うことなどの課題を克服しようとする原動力になったのではないかと考える。岡光らが子どもの発達を刺激する

環境の変化を求めて、あるいは家族の一員であることを強く意識して在宅を希望していた⁴⁾と述べているように、両親は家族として自宅で生活することが当然であり、子どもの成長発達にも良い影響があると考えていた。病棟看護師は、それぞれの家族の在宅療養に対する想いを把握し、家族と共有することで家族が在宅療養を目指す過程で迷ったり悩んだりした時に、その想いに振り返り実現することができるよう支援する役割があると考えられる。

2. 在宅ケア技術の習得を支援

子どもの在宅移行が決まると、在宅ケア技術を習得する段階へと入る。対象者らは皆、病棟看護師からの直接的な指導で多くの技術を習得していた。病棟看護師は両親から家事や就業時間等、生活の流れを情報収集し、なるべくそれらを崩さないように医師とも相談しながら子どもの経管栄養や清潔ケアの時間などを考えている。看護師が一方向的に提示するのではなく、両親と一緒に考え決定したことで在宅療養に移行した現在においても、入院中と同じ生活リズムで過ごすことができている。近藤らは、家族と一緒に自宅に合わせたケア方法やスケジュールを考えることで、家族も一緒に具体的なイメージができ、退院後家族が安心して過ごすことに繋がる²⁾と述べている。病棟看護師として、将来子どもが成長し生活様式が変化していくことをふまえて、退院後の生活を想定した方法を家族とともに考え支援する必要がある。

対象者は同じ病状の子どもとその家族と交流し、自分たちの未来を重ね励みにしており、情報共有の場として有用性を実感していると考えられた。しかし、それは病棟外での交流にとどまっている。長期にわたる入院生活中から、そのような機会を提供することが病棟看護師の役割として挙げられる。

両親は在宅療養の準備を行うにあたって、子どもの成長や発達を支えとしていた。成長発達について周囲の人からの言葉が家族にとって支えになっていることが、本研究から明らかになった。吉本らは、子どもの小さな変化を見逃さずその子なりの発達を伝え、時には母親と一緒に子どもの変化を喜び、感情を共有しながら「この子の母親」という思いが芽生えるように、親子の相互作用を促していく援助が必要と考える⁵⁾と述べている。両親はいずれも退院までに長期間の準備期間を経ており、それをもに病棟看護師は、その役割を担える存在であったと考えられた。

3. 在宅ケアの負担を軽減できない現状

対象者らはいずれも母親が専業主婦で父親が働き家計を支えている。しかし、どの父親も仕事の合間をぬいながら子どもに付き添い、在宅ケア技術を習得していた。育児全般においては母親が主養育者になりがち

であるが、対象者らは2人で在宅療養を行っているという意識が強かった。在宅療養に移行後も、父親が育児休暇を取得したり、両親で密に情報を共有し一方に負担がかからないよう協力していた。石塚らは、母親ひとりに負担がかからないよう子どもと関わる家族を対象に指導を行い、援助者がいない場合は早期から個々の家族背景を考慮した退院支援を開始することが重要である⁶⁾と述べており、入院期間から継続して両親を対象にした技術支援は有効だったと考える。キーパーソンとなる介護者を母親一人に絞らず、家族が対象であることを念頭において医療的ケアを習得する支援を行わなければならない。そのような病棟看護師の関わりを通じて、家族で子どもを在宅で療養するという意識が形成されていったのではないかと考える。しかし、夜間に十分な睡眠がとれないことやレスパイト施設の不足など家族の休息時間が確保できないという問題が語られており、家庭の中だけでは補えない状況が退院後にはあることが改めて示されていた。家族にとって在宅療養は生活の大きな部分を占め、それらが長く続く日常となれば疲労が蓄積することは自然な流れである。病棟看護師として、入院中からその時の対応を家族と一緒に考え、疲労を軽減できる方法を提案するだけでなく具体的なレスパイト先を確保しておく必要があると考える。退院後、長く続く生活をふまえて、入院中から家族に見合った在宅ケア方法を構築していく必要があると考えられた。

結論

医療的ケアを必要とする子どもの親への退院支援における病棟看護師の役割として以下の2つが明らかになった。

1. 家族の在宅療養に対する想いを共有し、家族とともに在宅療養を目指す。
2. 退院後、長く続く生活を想定した、その家族の在宅ケア方法を入院中から家族と共に見出す。

謝辞

本研究に御協力くださったお母様、お父様に心から感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 西角一恵, 渡辺智子: 小児専門病院における退院支援. (小児看護), 35(7), 812-820, 2012.
- 2) 近藤宏美, 中村有希: 病棟看護師による家族へのアセスメントと指導内容. 第43回日本看護学会論文集(小児看護), 82-85, 2013.
- 3) 岩永鶴子: 人工呼吸器装着児のNICUからの在宅移行について. 第42回日本看護学会論文集(小児看護), 139-141, 2012.

- 4) 岡光基子, 清水久枝, 田中義人: 医療依存度の高い子どもの在宅ケアに関する実態調査 - 両親へのインタビューによる家族を取り巻く在宅支援システム - 山口県立大学看護学部紀要第5号. 47-55, 2001.
- 5) 吉本玲子, 貴島智恵, 石崎あゆみ: 希少疾患児の母親に対する在宅療養移行期における看護援助の検討. 第44回日本看護学会論文集(小児看護), 86-89, 2014.
- 6) 石塚玲子, 寺村啓子, 大島富枝: 病棟看護師に必要な小児在宅療養支援. 第42回日本看護学会論文集(地域看護), 100-103, 2012.

— 研究報告 —

わが国で行われてきた母乳哺育終了時の乳房ケアの歴史

— 近代の文献からの一考察 —

新池里沙子, 立岡弓子

滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

要旨

出産後、母親が継続してきた母乳哺育を終えようとする際に、乳汁うっ滞に伴う乳房痛、うっ滞性乳腺炎などの乳房トラブルを発症することがある。今回、母乳哺育終了時に行われてきた伝承的な乳房ケアを明らかにするため文献研究に取り組んだ。近代の文献から、母乳哺育終了の考え方は時代とともに変化してきたが、徐々に直接授乳回数を減らしていくという終了方法は現在と相通じるものがあり、多くの乳房ケアが近代から現在まで変わらず伝承的に受け継がれてきたものであることがわかった。しかし、これらの乳房ケアは経験に基づく知見が多く、ケアの科学的根拠は示されてこなかった。乳房トラブルを起こすことなく母乳哺育を終了するための支援は重要であり、伝承的に受け継がれてきた乳房ケアについて、今後助産学研究における研究課題として、科学的根拠を検証する必要性が示唆された。

キーワード：母乳哺育終了、乳房ケア、歴史、文献研究

はじめに

母親が母乳哺育を終える時期や方法について、これまで様々な見解が述べられてきた。現在は、わが国の授乳・離乳の支援ガイドにおいて、子どもが乳汁以外の食べ物から栄養の大半を摂取できるようになる“離乳の完了時期”は、必ずしも母乳哺育終了を意味するものではないと明言されている¹⁾。また、母子健康手帳においても、2002年改正時に1歳・1歳半の“断乳”確認項目が削除され²⁾、何歳であっても無理に母乳をやめる必要はなく、子どもから母乳を欲しがらなくなり自然に母乳哺育を終了する“卒乳”という考え方が、母親の間で一般的に知られるようになった³⁾。このような背景から、かつては1歳～1歳半で行われていた“断乳指導”は必要ないものという認識に変化している。

しかし実際には、子どもの成長発達、母親の次子妊娠希望や職場復帰などの理由から、母親側から働きかけて“断乳”を選択する場合も多く^{4) 5) 6)}、母乳哺育終了の意思決定の際に終了方法や乳房ケアについて助産師の相談を希望する者も多い⁷⁾。母親側から母乳哺育終了を働きかけた場合でも、子どもから自然と離れて終了した場合でも、母親はこれまで産生されてきた乳汁の排泄過程が途絶えることで乳管内に乳汁が停滞し、うっ滞性乳腺炎などの乳房トラブルを発症するリスクを有していることから、今改めて助産師による母乳哺育終了時の支援が求められているといえる。

断乳指導が行われていた時代には、乳房に“へのへのもへ字”を書くなど方法で子どもの哺乳意欲を削ぎ、断乳後には助産師による搾乳マッサージで残乳をすべ

て排乳し、乳体部を圧迫して冷罨法で冷やすことで乳汁産生を抑制するという対処方法がとられてきた⁸⁾。しかしこれらの乳房ケアの根拠は明らかにされておらず、母乳哺育終了時の考え方が現在とは異なることから、この方法が行われることは少なくなっている。

そこで、母乳哺育の文化の根付いたわが国でどのような母乳哺育終了時の乳房ケアが行われてきたのか歴史を遡って抽出し、可能な限り系統立てて整理することを試み、まずは近代の文献から検討を行ったので報告する。

研究方法

2013年10月に国立国会図書館近代デジタルライブラリーにて、「母乳」「断乳」「離乳」のキーワードで文献検索を行い、母乳哺育終了に関する記述のある文献を抽出した。はじめに、近代における母乳哺育終了に関する用語、終了時期、終了方法についての記述から、母乳哺育終了の考え方を整理し、各時代の特徴について考察を行った。次に、母乳哺育終了時の乳房ケアや対処方法に関する記述を項目ごとに整理し、現在の考え方と比較し考察を加えた。

結果・考察

国立国会図書館近代デジタルライブラリーでは、育児書を中心とした文献24件【文献1～文献24（1875～1943年）】が抽出された。文献リストを表1に示す。

1. 母乳哺育終了の考え方

母乳哺育終了時の伝承的な乳房ケアの検証を行うに当たり、はじめに母乳哺育終了の時期や方法などの考え

方について現在と比較検討した。

1) 母乳哺育終了の用語

明治時代から戦前の近代では、子どもの歯の生え始めや消化機能の発達に合わせて、乳汁以外の食べ物を与え始め、徐々に母乳をやめていくという考え方が主流であった。母乳哺育終了を意味する用語については、「わが国では古くからだんだんと離乳させる風習の国で、離乳を始める時期は門歯が生えた後としてある様に思われる。わが国においての離乳時期は、生後1年ないし1年半の間が最も適当であろう。」(文献13)のように、“離乳(りにゅう、ちばなれ)”を、“乳汁以外の食べ物を与え始めること”、“直接授乳をやめること”と二つの意味を含めて記述されている文献がみられた。一方で「満11・12か月の頃より徐々に乳離をはじめ、他の食べ物をあげて、だんだん減量していく母乳の栄養を補い、満1歳半より2歳になる頃には全く母乳をやめることが良いとされる。断乳の時期になれば母乳をやめて他の食べ物を与えるべきである。」(文献8)のように、“離乳”を“乳汁以外の食べ物を与え始めること”、“断乳(だんにゅう、ちばなれ、ちちをはなす)”もしくは“絶乳(ぜつにゅう)”を“直接授乳をやめること”とを区別して記述されている文献もみられた。“離乳”の用語への定義づけが行われたのは昭和33年とされており、中尾ら³⁾や、今村⁹⁾によると、“離乳”という用語は元来、人工栄養がなかった時代に直接授乳をやめることを意味していた言葉であり、人工栄養児が増加した後から固形食の添加の意味づけがされたと述べられていたが、人工乳がわが国で販売される1917年以前から、“離乳”という用語には、“乳汁以外の食べ物を与える”固形物の添加の意味合いも含まれて使用されていたことがわかる。

2) 母乳哺育終了の時期

乳汁以外の食べ物を開始する時期については、「生後6、7か月の間に第一歯が生じる頃には必ず哺乳だけで養育してはならない。」(文献7)、「離乳の時期は小児の強弱、発育の遅速により加減するといえども、おおよそ12ないし12ヶ月に至り、乳歯が発生するに至れば母体は乳汁の分泌十分でなくなるようになるので、この時期に至ったら、漸を追って離乳するのが最も適当である。」(文献9)など、文献によって幅があるものの、生後6～12か月頃の子どもの歯の萌出がひとつの離乳食開始の目安とされていた。現在は子どもの必要栄養量増加および定顎や舌の挺出反射消失に関連し、生後5～6か月頃に離乳食が開始されることが推奨されており^{1) 10)}、近代では現在よりも離乳食の開始が遅かったことがわかる。これは、現在の離乳食事情と異なり、当時わが国の食事は米以外には干物や味噌汁漬物などが中心で離乳食に適しておらず⁹⁾、硬さのある食べ物をつぶせるよう歯の萌出を待つ必要があったからではないかと考えられる。

直接授乳を終了する時期の根拠については、「この時期(生後9ヵ月)を過ぎて歯が生え揃っているにも関わらず乳を飲ませたら母親の気力を害し乳の性質を悪くし、ついには親子ともに病気になるかもしれない。」

(文献1)「我が国における断乳の時期は、生後1年より1年半の間が最も適している。もともと、母親の乳汁は、断乳時期になると栄養価値が低くなり、完全な栄養を乳児に与えないだけでなく、この時期まで授乳すれば、同時に母親の体にも疲労を起すものである。」(文献21)

「我が国では、母乳栄養の子どもは、いつまでもだらしなく母乳を与え過ぎ、そのために子どもは普通の食事を十分に食べず、発育が非常に遅れるという例が多く、離乳遅延のために起こる発育不良、栄養不良は、まったく驚くほどである。」(文献24)という記述がみられた。近代の多くの文献では乳汁成分の変化が母乳哺育終了の理由として挙げられていたが、現在産後1年以降であっても乳汁中の栄養価は高く、特に感染防御の働きをするリゾチーム濃度は産後12ヵ月頃の乳汁に高濃度で分泌されることが明らかにされており、栄養面や免疫面からWHOでは2歳以上母乳哺育を続けることが推奨されているため¹⁰⁾、この点については科学の発展に伴って変化してきた事柄である。また現在、母乳哺育は子どもの緊張や不安を解消する一つの方法として重要な役割を占めており無理に直接授乳をやめる必要はないと考えられているが、近代では、母親の身体的な疲労、乳汁成分の変化による児の栄養不良、離乳食の遅延などが起こるため、直接授乳をやめる必要性について述べられており、母親達は母乳をやめていくような工夫をしていたと考えられる。

3) 母乳哺育終了の方法

実際の直接授乳のやめ方については、「先に乳を飲ませる回数を徐々に減らして、しばらく慣れたら夜中は決して飲ませず、他の食物に慣れさせしばらくその飲食を第一とし最後に母の乳を離れさせる。」(文献1)、「6か月目より24時間に2度ないし3度ずつ哺乳し、それより追々児に断乳させる手続きにとりかかり、乳汁のいづらかをあたえて、製造食物をもってこれに変えるようにすべきである。そうすればその後完全に断乳するべき時期がきて、かねてより慣れているため、母子の身の害となることはない。」(文献3)、「夜のみ哺乳させ、昼は柔らかい食べ物のみを与え少しずつ習慣化させて、最終的に絶乳に行き着くべきである。」(文献6)のように、徐々に直接授乳の回数を減らしながら、乳汁以外の食事を与える量を増やしていく方法が記述されていた。また、最終的に直接授乳を終了する場合には、「たとえば乳房に包帯をする方法や、害にならない膏薬絆創膏の様なものを貼るなどして、なんでも徐々に小児に母乳を諦めさせ、『まあいつの間に乳離れしたのだらう』という様に工夫

することが非常に大切である。乳房に包帯をすることなどは良い方法で、実験上ではこれで断乳の効を奏した。」

(文献13) というように、乳房・乳頭を見せないようにして、子どもの哺乳意欲を削ぐという方法が記述されていた。また、「古来より、こういう場合には乳首に唐辛子を付けたり、からしを付けたりする。害にならない膏薬貼っても良いし、何にせよ子供に母乳を飲ませたら苦いか辛いとかして懲りさせるのも断乳法の一つである。」(文献11) というように、からしなど子どもの嫌がる味を乳頭に塗布して哺乳意欲を削ぐという方法を肯定する記述もあったが、「たびたび世間で行われていることで良くないことは、離乳させようとして乳首に唐辛子をつけたり、からしをつけたり、または苦いものを塗りつけて、小児を驚かせるような残酷な方法であり、無理に離乳をさせなくても他に良い方法はたくさんある。」

(文献13) など、そのような方法について否定的な記述もみられた。直接授乳のやめ方の考え方は、1980～1990年頃には、予め断乳日を決めてその日までは十分に母乳を与えて、断乳日には“へのへのもへ字”を乳房に描き母乳意欲を削ぐなどして、きっぱりと直接授乳を中止するという方法がとられていたが⁸⁾ ¹²⁾、さらに古い近代では、徐々にやめていくという方法が行われていたことが明らかとなった。現在では母乳をやめる必要性がないという考えから“授乳・離乳の支援ガイド”でも直接授乳の終了方法についての提示はなく、“離乳食の進行時にも母乳は子どもの欲するままに与える”と記載されており終了方法については言及されていない。しかし、様々な事情で母乳哺育を終了する場合には、母乳をやめる1ヵ月くらい前から母乳をやめる準備をする方法や¹³⁾、2、3日ごとに1回ずつ授乳回数を減らすようにする方法¹⁴⁾ が知られており、このような終了方法の考え方は現代と現代で相通じるものがあつた。

2. 母乳哺育終了時の乳房ケアの考え方

1) 乳頭刺激の回避

母乳哺育終了時の乳汁の産生・分泌の抑制方法の中心になるのは、近代から現在まで変わらず、“母乳を与えない”ということであつた。多くの文献に徐々に授乳の回数を減らしていくという内容が記載されており、「乳汁分泌は乳児が乳頭を強く吸引すればするほど旺盛となるもので、すわねば漸次減少していく。」(文献23) とあり、母乳を与える回数が減れば自然と乳汁の産生や分泌が減っていくということが経験的に知られていた。また搾乳についても、「万が一乳房が乳汁で満ちる事が治まらない時には、決して搾ってはいけない。」(文献2)、「乳の張りを緩めるため少し散らす(搾る)のはよいが強くしない、時々乳汁を吸い出す張りが緩む以上にたくさん吸い出すことは良くない。」(文献3) とあり、直接授乳や搾乳による乳頭刺激により

乳汁の産生・分泌が誘発することが認識されて、できるだけ乳頭への刺激を与えず搾りすぎない方がよいという考え方であつた。1980～1990年代の予め断乳日を決めて直接授乳の終了を行う場合の指導としては、桶谷式断乳で、最後の直接授乳以降3日目、10日目、24日目に助産師が断乳療法(乳房マッサージおよび排乳)を行いそれ以外の搾乳は乳房の圧を抜く程度とされており⁸⁾、根津によって提案された断乳方法は、断乳日から4日目までは1日1回すっきり搾りをするまで搾乳し、それ以外は苦痛の有る場合に圧抜き程度の搾乳を日に3～4回行い、以降6日目、13日目、27日目にすっきりするまで搾乳をする¹²⁾ とされているが、近代にはこのようなすっきりと搾り切る搾乳方法や、助産師による排乳方法についての記載は認められなかった。現在の母親が希望して母乳哺育を終了する場合の直接授乳のやめ方の考え方は近代と似ており、徐々に直接授乳回数を減らしていくという方法をとる場合には、近代から受け継がれてきた乳房緊満時に軽く搾る程度の搾乳を行うという方法が、乳頭への刺激を与えないことで乳汁産生ホルモンであるプロラクチン分泌の誘発を阻害するため¹⁵⁾、理にかなっていると考えられる。母乳哺育終了時の搾乳のケアについては、吉留らにより桶谷式断乳の乳房マッサージ直後の乳房緊満軽減への効果を報告されているが、母乳哺育終了後の乳汁産生・分泌量の評価は行われておらず¹⁶⁾、これまで十分に検証が行われていない。母乳哺育終了後には、乳房トラブルのリスクがあり、予防するための適切な搾乳方法についての検証が必要であると考えられる。

2) 乳房圧迫

乳房圧迫については、「小児すでに他の食物に移り慣れて、乳房全く不要となった場合は、乳房を綿あるいは清潔な毛布にて覆い、軽くこれを包帯するのがよい。」

(文献9) など、いくつかの文献に記載されており、現在でも乳汁の産生・分泌の抑制の方法の1つとされているが、「乳房に包帯をして乳が見えないようにしておくと子供はとうとう乳の味を断念するものである。」(文献14) のように、子どもに乳房を見せないようにする工夫の意味づけもあつたことがわかる。母乳哺育終了時の乳房圧迫については海外でも古くから行われていたと報告されているが¹⁷⁾、その科学的根拠は明らかにされていない¹⁸⁾。

3) 乳房冷電法

現在、乳房の冷電法は母乳哺育終了時に一般的に行われている乳房ケアであるが、近代の文献では乳腺炎の予防や治療の視点で「乳腺の硬結を揉み、あるいは氷嚢で冷却する」(文献16) などが記載されているのみで、母乳哺育終了時のケアとして記載されている文献は見当たらなかった。近代では通常の児の成長発達に伴う母乳

哺育終了時に、乳房冷罨法のケアは行われていなかったことが明らかとなった。徐々に直接授乳回数を減らしていく方法を行っていた近代では、冷罨法を要するほどの乳房トラブルがなかった可能性も考えられ、乳房ケアの歴史的変遷を概観し、よりよい母乳哺育終了方法について検討していくことが求められる。

4) 食事・水分の制限

近代の文献では、「食物はこれを減らし、水気を好きなくして、滋養になるものを求めるべきである。しかし、のどが激しく乾くときには、「トースト」あぶって飲料の中に入れてパン及び水にて口を荒い、これを和らげるべきである。その他、一日の中に橙1、2個または少しのブドウを食べてもよい。この手段を用いれば、乳が強く張ることで起こる苦痛の、今までの身を悩ますものを除くことができる。」(文献3)、「余分に出すぎる場合にはどうしたら良いかという、しょくもつを控え目にするのが最も善良な手段で、この方法が素人にもできやすい安全な良策である。けれど、極端に食物を控え目にして体の健康を害すような拙劣な方法をとってはならない。」(文献12)など、母乳哺育終了時に食事量や水分量を減らすということが多くの文献で記載されていた。現在でも授乳期に付加していた食事摂取量は減らしていくため、このような考え方は近代から現在まで受け継がれている考え方であるが、食事や水分摂取量制限の乳汁産生・分泌抑制への明らかな根拠は示されていない。

5) 植物油や薬剤の塗布

また、現在では行われていない乳房ケアとしては「複方石鹼軟膏3オンス、阿片チンキ3g、龍腦軟膏3g(刺激が強い場合は、複方石鹼軟膏のみを用いる)の軟膏塗布をリンテンないしフラテルに一層または二層になるようにのばし、これを暖めて乳房に貼って、油絹にてその上を覆い4~5時間ごとに温めた甘扁桃油で、5~10分の間乳をこする。皮が薄くて感じやすいために、複方石鹼軟膏さえも甚だ刺激を催して、乳房ことごとく擦りむくことがある。このようなときには、その代わりに麵包の水巴布を貼るのがよい、もちろん、温めた甘扁桃油を前のように用いることを要す。」(文献3)のように、爽快感をもたらすような植物や薬剤を利用した乳房ケアが近代には行われていたことが明らかとなった。

6) 排便コントロール

その他、「塩性緩下剤の内服」(文献3)や、「栄養分の多い食物を全くやめて、大便の通じを良くする方法をするのが良い。」(文献10)など、便通を良くすることで、乳房緊満を軽減するという記述がかかれていたが、これらは現在では聞かれることは少ない。このように、近代では行われていたが、検証されることなく現在では廃れていった母乳哺育終了時の乳房ケアも存在していた。

おわりに

今回、母乳哺育終了時の考え方について、近代では離乳食の開始は歯の萌出が目安とされていたこと、離乳食の開始とともに母乳哺育は徐々に終了していたこと、母乳哺育終了時には乳房を見せない工夫をしていたことが明らかとなった。また乳房ケアについては、乳汁産生・分泌抑制に向けて直接授乳回数を減らし搾乳はできる限り行わないことが最も効果的であり、補助的に乳房圧迫や食事・水分制限、排泄促進、爽快感のある植物を使用したマッサージが行われていたこと、冷罨法はあまり行われていなかったことが明らかとなった。終了時期や終了の必要性については現在と見解が異なるものの、徐々に直接授乳回数を減らしていくという方法は現在と相通じるものがあり、伝承的に行われてきた乳房ケアもまた、現在まで受け継がれてきたものが多かった。しかし、受け継がれてきたものから廃れたものまで、その乳房ケアの根拠については十分に検証されてこなかった。核家族化、小子化の現在、母親達は母乳哺育の終了について身近な者から伝えてもらう機会は少なく、乳房ケアの担い手である助産師による支援が求められている。助産師は専門家として、その母子に合った母乳哺育終了方法を考慮した上で、適切な乳房ケアや対処方法の提供できるよう、産婆時代からこれまで受け継がれてきた貴重な乳房ケアに対して、今後は科学的根拠に基づいた助産学研究を行い、より質の高いケアを提供していくことが重要な課題であると考えられる。

謝辞

今回文献研究を行うに当たり、古文の現代語訳に協力して下さった、助産師の加藤沙矢香さん、滋賀医科大学医学部看護学科助産学選抜履修生の西影麻美さん、板東恵さん、井上薫さん、西沢由衣さんに感謝いたします。

文献

- 1) 厚生労働省：授乳・離乳の支援ガイド. 2015-12-5 (入手日)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/d1/s0314-17.pdf>
- 2) 厚生労働省：「母子健康手帳改正に関する検討会」の報告について. 2015-12-5 (入手日)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/0111/s1130-1.html>
- 3) 中尾優子, 前田規子, 宮原春美：「卒乳」…乳離れ・離乳・断乳との概念関係に関する一考察… 長崎大学医学部保健学科紀要, 14(2), 65-69, 2001.
- 4) 齋藤啓子, 三木章代, 中澤京子, 小川佳代, 寺尾紀子：乳幼児期の離乳に影響をおよぼす要因の検討, 四

- 国大学紀要, (B) 31, 35-40, 2010.
- 5) 吉川芙蓉, 立岡弓子: 授乳終了の要因・選択方法と日常生活の変化, 滋賀母性衛生学会誌, 14, 11-16, 2013.
 - 6) 笹川朝子, 黒田緑: 卒乳・断乳の決定に影響を与える要因, 旭川医科大学研究フォーラム15, 18-26, 2014.
 - 7) 筒井真弓, 池添紀美代, 十河幸恵, 関亦頼子, 高井佳美, 加藤淑美: 母乳・授乳に関する電話相談内容の分析, 香川母性衛生学会誌, 12 (1), 56-60, 2012.
 - 8) 桶谷そとみ: 桶谷式乳房管理法の実際 I (実技編) 第4版. 78-82, 鳳鳴堂書店, 東京, 1992.
 - 9) 今村栄一: 離乳食, 幼児食に関する研究—わが国の離乳の経緯, 平成3年度厚生省心身障害研究「高齢化社会を迎えるにあたっての母子保健事業策定に関する研究」, 729-732.
 - 10) World Health Organization: 10 Facts on breastfeeding. 2014-11-22 (入手日)
<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/>
 - 11) 南部春夫, 太田八千雄, 服部哲夫, 三浦正次: 離乳と断乳「自然卒乳の提唱」, 周産期医学, 26(4)525-530, 1996.
 - 12) 根津八紘: 乳房管理学, 138-143, 諏訪メディカルサービス, 長野, 1991.
 - 13) 橋本武夫, 南部春夫, 岡村博行, 永山美千子: 母乳育児シリーズ2 卒乳—おっぱいはいつまで—, 61-62, 日本母乳の会, 東京, 2004.
 - 14) 本郷寛子: 乳離れ・卒乳, NPO法人日本ラクテーション・コンサルタント協会(編): 母乳育児支援スタンダード, 328-338, 医学書院, 東京, 2007.
 - 15) Gordon L. Noel, Han K. Suh, Andrew G. Frantz: Prolactin release during nursing and breast stimulation in postpartum and nonpostpartum subject. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 38(3), 413-423, 1974.
 - 16) 吉留厚子, 小西清美: 断乳時の桶谷式乳房マッサージによる主観的不快症状, 乳房緊満および乳房表面皮膚温度の変化, 日本助産学会誌, 20(1), 60-68, 2006.
 - 17) Alison M Spitz, Nancy C. Lee, Herbert B. Peterson: Treatment for lactation suppression: Little progress in one hundred years, *American journal of Obstetrics & Gynecology*, 12, 1485-1490, 1998.
 - 18) Oladapo OT, Fawole B: Treatment for suppression of lactation (Review), *ochrane Database of systematic Reviews* 9, 1-118, 2012.

表1 文献リスト

No	出版年	タイトル	著者	出版社
1	1875 (明8)	母親の心得 上	クレンケ・ハマルトン	近藤鎮三
2	1879 (明12)	婦女性理一代鑑	那晋平斯	司命堂
3	1881 (明14)	母親の教	トーマス・プール	丸善
4	1891 (明24)	育児談	足立寛	日本赤十字社
5	1896 (明29)	育児必携	中井辰之助	成功堂
6	1901 (明34)	普通育児法	木村鉞太郎	金港堂
7	1902 (明35)	嬰兒教養 (子女教養全書; 第1編)	下田歌子	古川勝次郎
8	1903 (明36)	通俗小児衛生学	小林信義	丸善
9	1904 (明37)	実用産婆学	鈴木喜代ノ助、 三尾太伝次	南江堂
10	1905 (明38)	育児のはなし	唐沢光徳	吐鳳堂
11	1907 (明40)	実験上の育児 上	瀬川昌耆	新橋堂
12	1907 (明40)	実験上の育児 下	瀬川昌耆	新橋堂
13	1908 (明41)	育児学	岩淵豊治	東京産婆看護婦講習会出版部
14	1909 (明42)	実験小児哺育法 健康児の巻 虚弱児の巻	小松貞介	日高有倫堂
15	1910 (明43)	妊婦必読安産の心得	吉田賢子	宇宙堂
16	1911 (明44)	新撰育児法講義	大久保直穆	朝陽堂
17	1913 (大2)	小児栄養法 (近世眼科学補遺; 第5巻)	平井毓太郎編	吐鳳堂書店
18	1913 (大2)	婦女の菜	川俣馨一	東京女子家政学院
19	1918 (大7)	小児ノ栄養発育衛生	高洲謙一郎	南山堂書店
20	1919 (大8)	最新産婆看護婦講習録 産婆科第2巻	大日本聯合女子青年団	日本産婆看護婦養成所
21	1919 (大8)	女子としては是丈は心得おく可し	岡部稲子	春江同
22	1919 (大8)	家庭の菜	日本女子家政学院	日本女子家政学院
23	1936 (昭11)	技能修練育児教範	大日本聯合女子青年団	社会教育会
24	1943 (昭18)	乳幼児の育成	大政翼賛会文化厚生部	翼賛図書刊行会

— 実践報告 —

付き添う保護者が不在の長期入院患児の発育を促す援助
—看護師と保育士の連携—大熊恵子¹, 川根伸夫², 深田章子¹, 桑田弘美³¹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附属病院 5C病棟,³滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

要旨

幼児期は基本的運動機能の発達に伴い、食事・排泄などがある程度自立できるようになり、規則正しい生活リズムを獲得していく時期である。また、社会性や道徳性を獲得する課程で、幼児期における両親と過ごす時間や他の子どもとの関わりは重要である。今回の事例における患児は、入院前から食事・排泄といった基本的な生活習慣が形成されておらず、規則正しい生活リズムを獲得できていない状況であり、集団生活における社会性や道徳性が身に付いていなかった。そんな状況の中で、付き添う保護者が不在の長期入院患児の親役割を、誰がどのように担っていくかが問題となったが、プライマリー看護師が親役割の中心となることを意識して患児の精神的フォローを行いながら、看護師と保育士という他職種で連携し、患児の自己効力感を高め、発育を促す意図的な関わり方を統一したことで、患児が生活習慣・道徳性・社会性を獲得する援助ができた。

キーワード：長期入院患児、付き添い不在、発育を促す援助、看護師、保育士

はじめに

幼児期は、母親や父親など特定の大人との間に愛着関係を形成し、他者との関わりを深め、興味・関心の対象を広げ、認知や情緒を発達させていく時期である。また、身体の発達とともに、食事や排泄、衣服の着脱などの自立が可能になるとともに、食事や睡眠などの生活リズムが形成される時期でもある。さらに、幼児期には周囲の人や物、自然などの環境と関わり、自らと違う他者の存在に気づき、遊びなどによる体験活動を中心に道徳性や社会性の原点を持つことになる時期である¹⁾。

今回の事例は、心身の発達過程である幼児期の子どもが、付き添う保護者が不在の状態の中で、長期入院を要する疾患に罹患したため、誰がどのように親役割を担っていくかが問題となった。そこで、プライマリー看護師が親役割の中心となり、看護師と保育士という他職種が連携して、患児の自己効力感を高め、発育を促す関わり方を統一したことによって、付き添う保護者が不在の長期入院患児が生活習慣・道徳性・社会性を獲得する援助ができた。

家族形態の多様化に伴い、A病棟では付き添う保護者が不在の長期入院患児が増えてきており、今回の事例を通じ、付き添う保護者が不在の長期入院患児の発育を促すための、プライマリー看護師の役割と他職種連携の実際を明らかにすることを目的とし、今後の看護に還元したいと考えた。

研究方法

1. 研究デザイン
ケース・スタディ
2. 研究期間
2013年
3. 倫理的配慮

診療録・看護記録を用いて、対象者に対するこれまでの看護実践を経時的に振り返るケース・スタディを実施するに当たって、院内の倫理委員会の承認を得た(承認番号 H27-16)。また、対象者の保護者に研究の目的・方法について文書を用いて説明し、同意書に署名を得た。研究の参加は任意であること、プライバシーを厳重に守ることを約束した。

患者紹介

1. ケースの紹介

患児：4歳(発症時3歳) 男児 急性リンパ性白血病 (acute lymphocytic leukemia:ALL)

一般的に幼児期と言われる3~4児は、自力で食事摂取ができるようになり、早寝・早起きという規則正しい生活リズムを獲得し、オムツが外れトイレ排泄ができるようになる時期である。また、友だちと遊ぶ中で社会性を身につけ、「ありがとう」「ごめんなさい」「ちょうだい」などの遊びの中で必要な言葉が言えるようになる時期である²⁾。しかし患児は、入院前から基本的な生活習慣が形成されておらず、食事や間食の時間や量を守る

ことができず、箸やスプーンなどを使った自力での食事摂取ができなかった。また、オムツが外れておらずトイレ排泄ができなかった。さらに、0時を過ぎても消灯を嫌がり、適切な睡眠時間が確保できず、規則正しい生活リズムを獲得することができていない状況であった。また、人を叩いたり、歯ブラシや食事を放り投げるなどといった、いけないことをしても謝ることができず、社会性や道徳性が身に付いていなかった。

2. ケースの背景

入院治療期間：約1年間であり、途中で短期間の一時退院を2回行った。

家族背景：両親は離婚し、母親が患児の親権を持っている。入院当初は母親が付き添いをしていたが、母親が仕事に復帰したことで付き添いができなくなったが、周囲のサポートも得られにくい状況であった。

母親はもともとうつ病・パニック障害の既往があり、自分自身が精神的に不安定なこともあってか、入院前から患児のしつけが十分に行き届いていない状況であった。そのため、付き添いができないということに加え、母親にしつけなどの親役割を期待できないことが問題となり、入院期間中に患児の親役割を看護師や保育士が担っていく必要が生じた。

看護の実際

1. 看護上の問題点

退院後の生活に向けた年齢相応の成長・発達、治療環境形成への準備不足状態

2. 看護目標

患児が年齢に見合った成長・発達遂げ、治療に協力することができる。

3. 看護計画

OP：

- ① 母親の全身状態、精神状態、ストレスの有無
- ② 母親の経済状態
- ③ 患児に対する母親、父親、母方祖母、母親の現在のパートナーの接し方
- ④ 母親と母方祖母、母親の現在のパートナーとの関係性
- ⑤ 患児の成長発達状況、全身状態
- ⑥ 家族の付き添い状況（付き添い可能者の有無）

TP：

- ① 母親にとっての重要他者をみつけ、ストレスを表現できるよう援助する。

- ② 治療する上で母親が困っていること、ストレスを表出する環境を整え、傾聴する。
- ③ 患児の成長・発達過程段階を両親と一緒に確認する。
- ④ しつけの方法について両親と話し合う。
- ⑤ 患児の退院後の生活についての両親の考え方を聞く。
- ⑥ 付き添い者がいないときは看護師・保育士で連携し、患児の治療環境を整える（食事、内服、身の回りの世話、遊び）。
- ⑦ 患児との関わり方についてスタッフ間での周知・統一を行う。

<遊び・睡眠の援助>

- ・ プレイルームで遊ぶよう促す。
- ・ 部屋で同室児と遊んでいるときや一人遊びしているときは、一緒に遊ぶのではなく見守る。
- ・ ナースステーション前・内で遊ぶことは禁止する。
- ・ プライマリー看護師が勤務しているときは、患児と時間を決めて遊び相手になる。
- ・ A病棟ルールに従って消灯は21時で徹底し、消灯後は自室にいることとする。
- ・ 入眠を促すために入眠するまで側に寄り添う、寂しいときは患児の希望に沿って抱っこなど行う。

<適切な食生活獲得のための援助>

- ・ 朝食：夜勤担当看護師、保育士
- ・ 昼食：日勤担当看護師、保育士
- ・ 夕食：食事介助担当看護師
- ・ 食事介助担当者以外と食べたい、メニューが気に入らないなどの不満は受け付けない。
- ・ 食べさせるのではなく、できるだけ患児自身で食べるように促し、できたときは褒める。
- ・ 間食は15時に小袋一つ程度のみとする。

<トイレトレーニングへの援助>

- ・ 食事前・眠前・プレイルームに行く前にトイレ誘導を行い、トイレ排泄ができたときは褒める。

EP：

- ① 母親にストレスマネジメントの方法について指導する。
- ② 必要に応じて支援サービス（保育士、ソーシャルワーカー、リエゾンナースなど）を母親に紹介する。
- ③ 何か困ったことがあれば遠慮なくおっしゃってください。

看護の経過

1. 日中の遊び

入院当初は患児が寂しいとき、一人で過ごさなければならぬときはナースステーション内で遊ぶことを容認していたが、医療者以外のナースステーション内への立ち入りは医療事故につながる危険性があるため原則禁止としており、看護師と保育士が協議した結果、安全を優先し禁止することになった。

そこで、A病棟内での共有の遊び場所であるプレイルームで遊ぶよう促すことにした。患児の性格は人見知りで、当初は知らない入院患児や家族がいると、促してもプレイルームに行くことができなかった。そこで、プライマリー看護師と一緒にプレイルームで遊び、環境に慣れることから始め、慣れてきたところで、保育士も一緒に遊ぶようにし、環境や人にも慣れることができ、知らない入院患児や家族がいる状況でも、プレイルームと一緒に遊ぶことができるようになった。

また、患児が病室内安静となっているときは、看護師と保育士で協力して患児を見守り、遊ぶ時間を作った。さらに、患児が同室の入院患児と一緒に遊びたいのに自分から声をかけることができないときは、プライマリー看護師から声をかけて一緒に遊ぶよう促すことで、同室の入院患児も快く受け入れ、一緒に遊ぶことができるようになり、徐々に患児自ら遊びに誘うことができるようになっていった。

また、当初はプライマリー看護師が退勤するときに寂しさを啼泣することが多かったが、プライマリー看護師が勤務している日は、退勤前に患児と一緒に時間を決めて遊ぶ時間を作り、退勤するときは他の看護師に声をかけて交代し、しばらくは一人にしないということで解消されていった。

さらに、入院当初患児は、人を叩いたり、歯ブラシや食事を放り投げるなどといった、いけないことをしても、自分から謝ることができず、ただ黙るという反応を示すだけであった。そこで、自分が謝らないといけない状況は分かっているが、謝るタイミングやきっかけがなくて言い出すことができないと考え、「ちゃんとごめんなさいが言える方がかっこいいよ」「〇〇くんと一緒に謝ろうか」「何でいま怒られていると思う？」などの声かけを続けることで、徐々に自分から謝ることができるようになった。

このように、母親に親役割を期待できにくい環境で育ち、社会性・道徳性の発達が年齢相応に得られていなか

った患児が、入院生活において看護師や保育士などの大人との関わりだけに限局するのではなく、友だちを作って一緒に遊ぶことができるように配慮し、付き添う保護者が不在の中で、寂しさだけを感じるのではなく、楽しい時間も過ごせるように配慮する関わりを続けた。また、いけないことをしたら自分から謝ったり、自分から友だちを遊びに誘うことができるような声かけを意識して続けていくことで、社会性・道徳性の獲得につながった。

2. 睡眠

入院当初の患児は、テレビや室内灯を点灯しながら0時以降に入眠するという母親と同じ生活リズムで迎っており、消灯時間を守ることができず、室内灯をすべて点灯していないと入眠できなかった。そこで、消灯時間を守ることを徹底して言い聞かせ、眠れないときは側に寄り添うことによって、自分から消灯時間になったら電気を消し、入眠することができるようになった。

このように、消灯時間を教え、患児が入眠しやすい環境作りに配慮することで規則正しい生活リズムを整えることができた。

3. 食事

患児は箸やスプーンの使い方が分からず、自分で食事を摂取する習慣がついていなかった。また、間食の時間や量が分からず、好きな時間に大量にお菓子を摂取しており、母親がその行動を容認していた。

そのため、箸やスプーンの使い方を教え、見守りを行い、自分で摂取できたら褒めることで、介助者の見守りのもと、自分で食事摂取することができるようになった。間食については、間食時間と量を決定し、あらかじめ家族から預かっているお菓子を、間食時間に患児に選ばせることにした。また、幼児期である患児は時計の見方が分からなかったため、段ボールや折り紙を使って一緒に時計を作成し、間食の時間である15時の形を教えた。そうすることによって、際限なく我慢させるのではなく、時計を見ながら、患児にもわかる具体的な数字である15時まであとどれくらいか言い聞かせることによって、我慢できることも増えた。

4. トイレトレーニング

入院前からトイレトレーニングができておらず、4歳になってもトイレ排泄を嫌がり、オムツが外れていなかった患児に対し、入院当初は病室内におまるを設置したが、促しても使用することはなかった。そこで、食事前・眠前・プレイルームに行く前にトイレ誘導を行い、「トイレでおしっこできたらパパとママにも褒めても

らおうね」などと声かけをし、トイレ排泄できたときはその場で褒めることを繰り返した。根気強くトイレ誘導を行い、できたら褒めるということが続けることで、徐々に尿意や便意を訴え、トイレ排泄ができるようになり、退院前には完全にトイレ排泄ができるようになった。患児からも「さっきトイレでおしっこできた」と笑顔でプライマリー看護師に報告する場面もあった。

考察

1. 付き添う保護者が不在の長期入院による幼児への影響

幼児期の子どもはおおむね3歳で基本的運動機能の発達に伴い、食事・排泄・衣類着脱など、ある程度自立できるようになる²⁾。また、親とのやりとりを通して、してよいことやいけないことを学び、子ども同士の関わりを通して、どうすれば相手に自分の気持ちをうまく伝えられるか、相手との関係を保つためにどうしたらよいかなど他人の考えや立場を考えられるようになる³⁾と述べられている。

患児は親役割を期待できにくい母親のもとで、患児にとってしたくないことや嫌なことは容認されて育ったため、友だちとの遊び方が分からず、食事や排泄のしつけも十分にされていない状況で入院してきた。そのため、病棟内で人との関係性がうまく構築できずにいた。その上、病院において家族と分離した状態で長期間生活するという状況は、患児の食事・排泄などの基本的生活習慣の獲得や、家族のしつけによって、してよいことやいけないことを知るといった道徳性を学ぶ機会を阻害し、加えて長期入院により保育園などといった集団生活から遠のくことで、子ども同士の遊びやけんかを通じた関わりによって社会性を身につける機会を阻害する一因になっていたと考えられた。

2. 付き添う保護者が不在の長期入院患児の実際

今回の事例は、患児の寂しさや不安という精神面をフォローし、食事、内服、身の回りの世話、遊びなどという治療環境を整え、してよいことやいけないことを学び、いけないことをしたら自分から謝る、といったしつけ面に対する親役割を、看護師や保育士がどのように担っていくかが問題となった。

寂しさや不安という精神面のフォローに対しては、プライマリー看護師が患児と時間を決めて遊び相手になったり、寂しいときはなるべく一人にしないよう看護師と保育士で連携して側に寄り添った。また、プライマリ

ー看護師や保育士の介入によって、プレイルームで遊んだり、同室の入院患児と関わるようになり、付き添い者や看護師、保育士がいない状態でも、子ども同士で遊ぶことができるようになり、入院生活を送りながらも友だちを得て、遊ぶことができるようになっていった。

治療環境を整えるという面に対しては、プライマリー看護師が、幼児期の患児に年齢に見合った基本的生活習慣獲得に対する目標として、消灯時間を守ることができる、箸やスプーンなどを使って自分で食事摂取ができる、決められた食事量・時間を守ることができる、オムツが外れてトイレ排泄ができるようになることを挙げ、看護師と保育士で協議し、患児に合った介助や見守り、声かけの方法を模索し、そこで決まった患児への関わり方の詳細を看護計画上に具体的に書き記し、カンファレンス議事録やカルテ上の患者掲示板にも同じ内容を提示し、患児への対応を統一できるようにした。そうすることによって、患児への声かけや対応が人によって差が出ないように一貫し、患児が混乱してしまわないように工夫した。

しつけという面に対しては、自分から謝らないといけない場面で黙るという反応を示す患児に対して、「ごめんなさい」をしっかりと言えるようになった方がいいのではないかと保育士の助言もあり、退院後に保育園で生活を送っていく上でも、いけないことをしたら自分から謝ることができるようになった方が良く考え、目標に挙げた。その人が属している共同体における基本的な習慣や社会性を形成できない子は、その共同体において生きていけない、そうでなくてもすさまじく生きにくい生き方しかできない⁴⁾とされている。また、子どもは、幼児期以降に徐々に友だち、本人独自の活動が社会的役割を形作っていく⁵⁾とあるように、退院後に保育園、学校、と集団生活を送っていく予定である患児が、社会性や道徳性の基盤を形成する過程においても、いけないことをしたら自分から謝るということは重要であると考えた。そこで、患児に対して、怒られている理由は分かっているが、自分から謝るタイミングやきっかけに困っており言い出すことができないと考え、「ちゃんとごめんなさいが言える方がかっこいいよ」「○○くんと一緒に謝ろうか」など自分から謝ることができるような声かけを行うことで、徐々に自分から謝ることができるようになった。患児からも「さっき○○したから怒られたけど、ちゃんとごめんなさいできた」という発言もみられるようになった。

両親が離婚し、親役割を期待できにくい母親のもとで、患児にとってしたくないことや嫌なことは容認されて育った患児は、年齢に見合った生活習慣が獲得できていなかったという背景からも、自己効力感が低かったと考えられる。子どもに自己効力感を育むためには、子どもが「できた!」「わかった!」と感じる体験、子どもにとっての「成功体験」を見つけてやるのが大切となる⁶⁾。また、自分にはやればできる能力があるということを他人からことばで説得されたり、励ましを得ることが大切となる⁷⁾。そして、子どもは褒められることで、自信や達成感などの快感や心理的ゆとりを得ることができる⁸⁾。患児は、食事摂取やトイレトレーニングに際して、積極的な声かけや見守りを行い、成功体験を増やし、成功したら褒めることを積み重ねることによって患児の自信につながり、生活習慣が獲得できたと考えられ、積極的な声かけや見守り、褒めるという行為は患児に有効であったと考えられる。

このように、プライマリー看護師が付き添う保護者が不在の長期入院患児の親役割を意識し、その中心となって、精神面のフォローや治療環境の整備を行い、生活習慣獲得やしつけに対する目標を設定し、他の看護師や保育士と連携して患児の自己効力感を高め、発育を促す意図的な関わりを統一したことで、家族と分離しながらも、患児は年齢に見合った生活習慣や社会性・道徳性を獲得することができた。

3. プライマリー看護師と保育士による他職種連携

先行研究では、病棟における保育士の導入は、子どもの成長発達、健康回復に必要な措置であり、看護師と協働して子どもの看護を進展させ、入院により子どもを社会から孤立させないためにも保育という視点が大切であり、入院中にいかに子どもたちの日常性を維持するかが退院後の生活への適応に影響する⁹⁾とある。

実際に、付き添う保護者が不在の長期入院患児のプライマリー看護師として、親役割を一人で担っていかねばならないと責任を感じていたところ、保育士から「退院後の生活について一緒に考えよう」と声をかけてもらったり、プレイルームでの様子を情報提供してもらったりと、保育士と連携できたことで、患児に対する看護介入はより個別性に沿ったものとなった。

また、プレイルームなどで他の入院患児と遊ぶ姿をみている保育士の視点は、看護師とは違った視点で患児の成長・発達を切り出すものであり、実際に、患児はいけなことをしたときに、自分から謝ることができるよう

になり、社会性・道徳性を構築する援助をすることができた。

結論

プライマリー看護師が親役割の中心となり、他の看護師や保育士と連携し、患児の自己効力感を高め、発育を促す関わりを統一したことにより、患児はプレイルームで他児と遊ぶことができ、いけないことをしたら自分から謝ることができるようになり、トイレでの排泄等ができるようになり、それは大きな成果であった。

時間経過とともに身に付けられる生活習慣もあるが、自立するために必要な社会性・道徳性を身に付けなければならない時期に、プライマリー看護師が中心となって、他の看護師や保育士と親役割を努め、補完しあいながら、患児の自己効力感を高めるような意図的な関わりを提供できたことで、患児の成長・発達の可能性を広げることにつながったと思われた。

謝辞

このケース・スタディを行うに当たり、ご協力下さいましたお子様とお母様に感謝申し上げます。

文献

- 1) 文部科学省：子どもの徳育に関する懇談会。2015-10-13。
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/s-hotou/053/shiryo/attach/1282789.htm
- 2) 厚生労働省：保育所保育指針解説書。46，フレーベル館，2008。
- 3) 尾久裕紀：親と子のメンタルヘルス。104，第203回産業セミナー，2013。
- 4) 中島義道：習慣にとらわれない生き方。114，児童心理No1004，2015。
- 5) 舟橋敬一：子どものトラウマ反応-身体的症状を中心として-。29，トラウマティック・ストレス。9(1)，2010。
- 6) 石川洋子：小さな成功体験を大切にする親。56，児童心理No922，2010。
- 7) 及川郁子：子どもの自己効力感を支えるケア。245，日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会誌。6(3)，2008。
- 8) 加藤友美，桂由起子，櫻井伸恵：入院中小児の内服に関する保護者の工夫と実態。第38回小児看

護. 日本看護学会論文集, 38-40, 2007.

9) 金城やす子, 松平千佳: 医療保育士からみた看護

師との連携の現状と課題. 静岡県立大学短期大学
部研究紀要 (18), 35-43, 2004.

「滋賀医科大学看護学ジャーナル」投稿規定

- I 本誌の和文名称は「滋賀医科大学看護学ジャーナル」、英文名称は“Journal of Nursing, Shiga University of Medical Science” (JN-SUMS)とし、電子ジャーナルとして本学ホームページ上にて公開する。また本学リポジトリに収録し、公開する。
- II 本誌発行の目的は次の通りとする。
 1. 看護学の学術的な発展に寄与する。
 2. 本学看護学科または本学医学部附属病院看護部に在籍する教職員に研究発表の場を提供するとともに、学際的な共同研究活動を促進する。
 3. 本学の研究・教育活動の成果をひろく社会へ還元する。
- III 掲載される原稿は看護学ならびに看護学に関連する研究領域のもので、次の範囲に含まれるものとする。
 1. 投稿原稿は未発表で、かつ二重投稿とならないものに限る。
 2. 倫理的配慮がなされており、原稿中にその旨が明記されていること。
 3. 論文の種類は以下の通りである。
 - 1) 原著論文：独創的で新しい知見を含むもの
 - 2) 総説：研究の総括、文献についてまとめたものなど
 - 3) 研究報告：研究として報告し記録にとどめる価値のあるもの
 - 4) 実践報告：看護実践、教育実践、海外視察などの報告についてまとめたもの
 - 5) その他：看護学に関する意見、提言などで滋賀医科大学看護学ジャーナル編集委員会（以下、編集委員会とする）が適切と認めたもの
 4. 論文は原則として日本語または英語で作成するものとする。
- IV 投稿資格
 1. 本学に所属する教職員・研究者
 2. 本学大学院医学系研究科看護学専攻の院生もしくは修了後の者
 3. その他、編集委員会が論文投稿を依頼した者、編集委員会が適当と認めた者
- V 掲載の決定
 1. 原稿の種類と投稿論文の採否は、査読者の意見を参考にして編集委員会が決定する。
 2. 査読者は2名とし、編集委員会が依頼した者が当たる。原著論文の査読者1名は、外部の研究者に依頼する。
 3. 本誌に掲載された論文の全ての著作権(著作権法第27条及び28条に規定する権利を含む)は、滋賀医科大学に帰属する。
- VI 執筆要領
 1. 和文フォントは明朝、英文フォントはTimes New Romanを使用し、マージンの変更は行わないこととする。
 2. 投稿論文枚数は原則として以下の通りとする。
 - 1) 原著論文：8枚程度
 - 2) 総説、研究報告、実践報告、その他：6枚程度

3. 原稿は原則として次の順序でまとめる。
 - 1) 原稿の種類
 - 2) 表題
 - 3) 和文抄録：400 字程度
 - 4) キーワード：5 語句以内
 - 5) 緒言、はじめに
 - 6) 本論
 - 7) 結語、まとめ
 - 8) 引用文献
 - 9) 原著論文の場合：英文タイトル、英文著者名、英文所属名、英文抄録（250 語程度）を文末につける。
 - 10) 英文キーワード：5 単語以内
 - 11) 図表：図表および写真は必要最低限とし、図 1、表 1、写真 1 などの簡潔な表題をつける。
4. 謝辞をつける場合は、査読段階では別ページにまとめる。
5. 文字と表記については以下の通りとする。
 - 1) 外来語はカタカナで、外国人名や適当な日本語訳がない言葉は原則として活字体の原綴りで書く。
 - 2) 略語は初出時に正式用語で書く。
6. 英文抄録は、原稿提出前に専門家（ネイティブスピーカーが望ましい）による英文校正を受けることとする。
7. 英文論文の構成は和文に準じ、ネイティブスピーカーによる英文校閲証明書を添付することとする。

VII 引用文献の書き方

1. 文献は、本文中の引用順に該当箇所の右肩に¹⁾、²⁾と上付で番号を付し、本文最後の文献欄に引用順に一括して記載する。著者名はすべて記載する。
2. 査読段階では投稿者の論文を引用する場合の氏名は伏せ字とする。

例：【雑誌の場合】

- 1) 滋賀太郎，瀬田花子：高齢者のストレスの特徴とメンタルケア．日本老年看護学会雑誌，8(3)，55-61，2003.
- 2) Riggio R. E., Tucker J. : Social skills and deception ability. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13, 568-577, 1987.

【書籍の場合】

- 3) 滋賀太郎：臨床看護学ハンドブック．23-52，朝日書店，大阪，1995.

【編集者の場合】

- 4) 大津浜子：非言語コミュニケーションを用いた看護．滋賀太郎，瀬田花子（編）：臨床看護技術 II，111-126，日本看護技術学会出版，東京，1998.
- 5) Otsu H. : An approach to the study of pressure sore. In Suzuki Y., Seta H. (Eds): *Clinical Nursing Intervention*, 236-265, Nihon Academic Press. New York, 1966.

【電子文献の場合】

- 6) ABC 看護学会：ABC 看護学会投稿マニュアル，2003-01-23（入手日）
<http://www.abc.org/journal/manual.html>

VIII 原稿提出方法

1. 初回原稿提出時は、ホームページに掲載されている Microsoft Word 用のテンプレートを使用した電子ファイルとして、原則メール添付で提出する。
ファイルサイズの都合などでメール添付が困難な場合は、CD、USB メモリーなどの媒体に記録して提出してもよい。
2. 最終原稿提出時は、査読者および編集委員会の指摘点を検討して修正し、所定のテンプレートにしたがって作成する。
3. 提出先
「滋賀医科大学看護学ジャーナル」編集委員会委員長
E-mail: jn_sums@belle.shiga-med.ac.jp

IX 掲載料

論文の掲載料は不要である。また、編集委員会では別刷りを作成しない。

平成 27 年 10 月改訂

「滋賀医科大学看護学ジャーナル」第 14 巻第 1 号 査読者名

遠藤 善裕	桑田 弘美	輿水めぐみ	白坂 真紀
瀧川 薫	立岡 弓子	中西 京子	坂東 春美
藤本 智美	本田可奈子	宮松 直美	森本 明子

(敬称略、五十音順)

編集後記

ここに『滋賀医科大学看護学ジャーナル第 14 巻』をお届けいたします。

お忙しい中、巻頭言をご執筆くださいました堀池副学長、特別寄稿にご尽力いただきました附属病院看護部長の西村路子様と平成 28 年 3 月 31 日付けで定年退官される森川茂廣教授、論文をご投稿くださった看護学科・看護部の教職員の皆様、大学院生・修了生の皆様、共著者の皆様、査読をお引き受けくださった学内外の先生方、看護学科事務職員の皆様に心より感謝申し上げます。

『滋賀医科大学看護学ジャーナル』は『滋賀医大雑誌』と歩調をあわせ、第 10 巻より電子ジャーナルとなり 4 年目となりました。投稿や査読の E メール活用もようやく軌道にのりました。本学における研究・教育成果の情報発信の場として、インターネット上に機関リポジトリ「びわ庫」が設けられ、その中に看護学ジャーナルも掲載され、公開されています。お陰をもちまして、看護学ジャーナルのダウンロード回数は群を抜いて多いとお褒めをいただいております。現代はインターネットの時代です。国内外を問わず、誰もがアクセスできます。効果を公表する絶好の場ではありますが、多くの方々の厳しい目が向けられていることも事実です。そのためには、誰から見られてもはずかしくない質の高いものにする必要があります。

今年度までは『滋賀医科大学看護学ジャーナル』として発刊してきましたが、平成 28 年度からは、医学と看護学が文字通り車の両輪となり教育研究がより発展していくことを期待し『滋賀医大雑誌』と統合する予定です。より質の高い研究成果の情報発信の場として発展させていけるよう編集委員一同考えております。今年度はその移行期で、何かと戸惑うことがありましたが何とか発刊に至ることが出来ました。

今後とも、皆様のご指導・ご鞭撻を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

最後になりましたが、今年度からジャーナル発刊に多大なるご尽力を賜りました図書館の森川安江様はじめ教職員の皆様にお礼申し上げます。次年度からは、ホームページの作成や発刊に際しまして、今年度以上に図書館のご協力を賜ることになると思っておりますが、よろしくお願い申し上げます。

平成 28 年 3 月

紀要編集委員長 畑野 相子

「滋賀医科大学看護学ジャーナル」編集委員

委員長	畑野 相子				
委員	岡山 久代	千葉 陽子	入谷 智子	松井 晴香	池本 優子
表紙デザイン	高谷裕紀子				

滋賀医科大学看護学ジャーナル
第1(巻 第1号)

平成2,年3月' %日発行

発行所 滋賀医科大学
〒520-2192
滋賀県瀬田月輪町
TEL077-548-2111 (代)

発行責任者 塩田 浩平

ISSN 2186-5981



Journal of Nursing, Shiga University of Medical Science
JN-SUMS

Vol. 14, No. 1, 2016

Shiga University of Medical Science, Faculty of Nursing