

常磐看護学研究雑誌

Tokiwa Journal of Nursing Research

第2巻 March 2020

巻頭言

未知のできごとから実践における研究を考える …………… 村井 文江

特別寄稿

SDGs 時代における看護 — 高まる看護人材の役割 — …………… 富田 敬子 1

研究報告

慢性期統合失調症者の実行機能障害の特徴と関連要因
…………… 福田 大祐, 池内 彰子, 森 千鶴 3

慢性心不全患者に対する外来における指導の実態と課題
…………… 菅原 直美, 坂田 由美子, 高田 ゆり子 11

茨城県南地域の小児訪問看護の実施状況と課題 …… 門間 智子, 西連寺 信枝 21

看護職志望動機に関する文献検討 — 養成機関別の分析 —
…………… 細矢 智子, 山口 幸恵, 北島 元治, 河津 芳子 31

茨城県における精神疾患を有する在宅療養者への訪問看護の現状と
訪問看護事業所管理者の困難感 …… 池内 彰子, 福田 大祐, 長谷川 陽子 41

社会的孤立への看護ケアに関する文献研究
— 医療機関における看護に焦点を当てて — …… 梅井 尚美, 田村 麻里子 51

資料

地域包括ケアシステムにおいて看護師に求められる能力に関する文献検討
…………… 海野 潔美, 田村 麻里子, 村井 文江 63

常磐看護学研究雑誌編集規程 …………… 75

常磐看護学研究雑誌投稿規程 …………… 77



常磐大学看護学部

Tokiwa University Faculty of Nursing

巻頭言

未知のできごとから実践における研究を考える

常磐大学 看護学部

学部長 村井 文江

2020年2月、日本はオリンピックを前に活気にあふれ華やかなムードに包まれているはずでした。しかし、現実には、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に不安を感じながら、右往左往している日々です。多くの人々が、メディアを通して発信される情報に、感染症が自分の生活圏に近づいてくると感じ、政府の対策に懸念を抱きつつも専門家のコメントに自分の安心材料を探そうとするような状況です。

新型コロナウイルスは、インフルエンザより感染拡大しやすいが、症状は軽く、治療薬がないとする現状においても致死率は高くないといわれています¹。私たちの不安を煽るのは、治療薬がないということでしょうか。それとも感染拡大も含め未知なことでしょうか。そしてどうなると安心できるのでしょうか。

コロナウイルスによる感染症の流行は、2002年に重症急性呼吸器症候群（SARS）、2012年に中東呼吸器症候群（MERS）がありました。種を越え変異したウイルスによる新たな感染症、そして世界に、グローバルに拡大する感染症は、新たな医療の戦いとなっています。そのような中、看護は何ができるのでしょうか。

感染が拡大する中、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の早期にはHIVやインフルエンザの抗ウイルス剤の効果があることが示されてきています。今までのエビデンスの適用が有用性を示す可能性のある例です。一方、隔離対策が適切に運用されなかったのではないかと指摘されています。こちらは、エビデンスの適用が有効に活用されなかった例となり、今後、有効に活用されるためにはどのようにすることがよいのかということが議論されていくのでしょうか。このように感染拡大し死亡者まで出ている中で、“研究”という言葉を用いることは不謹慎と取られるかもしれませんが、どちらも実装研究（Implementation Research）としてみることができます。研究的に捉えることで、実践が進化していくこととなります。

コロナウイルスに限ったことではありませんが、治療薬の開発、感染コントロールが重要な課題です。治療薬の開発は純粋に医学的なことですが、感染コントロールには、人間の行動や心のコントロール、感染予防のための支援が必要となります。不安や恐怖から行動をコントロールするのではな

¹ その後、3月に入り、中国でのデータから、感染力はインフルエンザほどではないが、致死率は高いとの発表もあり、事実はこれから検証されていくこととなります。

く、生活者としてのwellbeingの視点から感染コントロールが必要と考えます。これは、対象を生活する人として捉え、患者は病気を持っている生活者とする看護だからこそできることではないでしょうか。

常磐看護学研究雑誌も第2巻の発行となりました。社会の状況にアンテナをはり、実装研究につながるような研究のシーズが本雑誌にあることを確信しています。難しく考える必要はありません。自分たちのする看護に何が有用なのかを研究的に思考していくことにすぎません。研究を基盤に物事を進めていくことは、大学教員の役割です。自分たちの足元をしっかりと固めていきましょう。それにしても、ナイチンゲールは、この状況をどのように分析し、どのような看護を展開していくのでしょうか。ナイチンゲールになって、安心して生活できるように、看護の立場で考えていきたいと思いません。

目 次

巻頭言

未知のできごとから実践における研究を考える…………… 村井 文江

特別寄稿

SDGs時代における看護

— 高まる看護人材の役割 — …………… 富田 敬子 1

研究報告

慢性期統合失調症者の実行機能障害の特徴と関連要因

…………… 福田 大祐, 池内 彰子, 森 千鶴 3

慢性心不全患者に対する外来における指導の実態と課題

…………… 菅原 直美, 坂田 由美子, 高田 ゆり子 11

茨城県南地域の小児訪問看護の実施状況と課題 …………… 門間 智子, 西連寺 信枝 21

看護職志望動機に関する文献検討

— 養成機関別の分析 — …………… 細矢 智子, 山口 幸恵, 北島 元治, 河津 芳子 31

茨城県における精神疾患を有する在宅療養者への訪問看護の現状と

訪問看護事業所管理者の困難感 …………… 池内 彰子, 福田 大祐, 長谷川 陽子 41

社会的孤立への看護ケアに関する文献研究

— 医療機関における看護に焦点を当てて — …………… 梅井 尚美, 田村 麻里子 51

資料

地域包括ケアシステムにおいて看護師に求められる能力に関する文献検討

…………… 海野 潔美, 田村 麻里子, 村井 文江 63

常磐看護学研究雑誌編集規程 …………… 75

常磐看護学研究雑誌投稿規程 …………… 77

編集後記

特別寄稿

SDGs時代における看護

—高まる看護人材の役割—

常 磐 大 学

学 長 富田 敬子

持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals：SDGs）に対する認識、関心が高まりつつあります。2030年の目標達成に向けて、日本でも、既に多くの企業や団体が様々な取り組みを行っており、SDGs支援を意味する、ドーナツ型のレインボーバッジをつけている人を見かけることも多くなりました。

SDGsとは、2015年に「国連持続開発可能なサミット」で採択された国際的な開発目標です。17のグローバル目標と169のターゲットから構成されており、2030年の達成期限までに、世界のあらゆる形態の貧困を撲滅し、すべての人が平等な機会を享受し、地球環境を壊さずに、よりよい生活を送ることができるようになることを目指しています。「誰ひとり取り残さない（Leave no one behind）」というSDGsの副題に象徴されるように、社会的弱者や地域格差の解消を促進する社会づくりが推奨されています。

看護の仕事は、このSDGsの達成に大きな役割を担っています。例えば、SDGsのグローバル目標の中で、目標3「すべての人々に健康と福祉を」は、健康に特化した、看護に最も関係の深い目標です。この目標の中には、妊産婦死亡率、乳幼児死亡率や5歳以下の幼児死亡率の低下、エイズ、結核、マラリア及び熱帯病などの伝染病の根絶、非感染症疾患による死亡の減少、精神保健及び福祉の促進、UHC（ユニバーサルヘルスカバレッジ）¹の達成など、13のターゲットが数値目標として示されています。あらゆるヘルスケアに関わる看護人材が、培った知見と経験を活用して人々の健康の向上を支援することは、目標3の達成の鍵であると言っても過言ではないでしょう。

また、SDGsは17の個別の目標から成り立っていますが、同時に、それぞれの目標が密接に関連し合う不可分性を持っています。つまり、人々の健康の向上は、直接施される医療行為や予防措置によってもたらされるだけでなく、教育レベルや保健衛生インフラ、社会福祉サービス、そして医療福祉政策など、社会的、政策的要因と密接な関連があることを示唆しています。ですから、これからの看護人材には、医療従事者の範疇を超えて、包括的な社会システムの見地から看護の問題に取り組むことが出来る専門家であることが必須となるでしょう。

¹ UHCとは、すべての人々が必要な時に、負担可能な費用で、基礎的保健医療サービスを利用できることを言います。UHCに関するターゲットは、日本政府が政府間交渉において積極的にその重要性を訴え、国際世論をリードした結果、SDG目標3のターゲットの一つとして加えられたものです。

すべての人々が健康と福祉を享受できるようにすることは、世界の優先課題です。それは同時に、保健医療システムの中核を担う看護人材の活躍に、大きな期待が寄せられていることも意味します。その期待に応えるためには、慢性的な看護人材不足の解消とともに、より高い専門性と、幅広い教養に富んだ看護人材の育成が急務となります。

常磐大学は実学を重んじ、地域と共に発展する大学です。本学の看護学部が、専門的知識と実践的な技術を基盤に、地域の健康課題の解決に積極的に貢献できる人材を輩出してくれることに、大きな期待を寄せています。

研究報告

慢性期統合失調症者の実行機能障害の特徴と関連要因

福田大祐¹⁾, 池内彰子¹⁾, 森 千鶴²⁾Characteristics and Relevant Factors of Executive Dysfunction
in Patients with Chronic Schizophrenia

Daisuke Fukuta, Shoko Ikeuchi, Chizuru Mori

抄 録

目 的：統合失調症は前頭葉機能の低下により実行機能障害が現れ、日常生活の遂行に支障を与える。しかし、統合失調症の慢性期における実行機能障害の特徴やその関連要因について看護の視点から論じた研究は認められない。本研究の目的は、慢性期統合失調症者の実行機能障害の特徴と関連要因について明らかにすることである。

方 法：対象は外来へ通院中の慢性期統合失調症者8名で実行機能評価にBehavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome(BADS)を用い、基本情報との関連性についてSpearmanの順位相関係数を算出した。

結 果：対象者のBADS総プロフィール得点は「障害あり」に分類され、また慢性期統合失調症者の実行機能は入院回数やBrief Psychiatric Rating Scale, クロルプロマジン換算と相関が認められた。

結 論：慢性期統合失調症者の実行機能障害の特徴として病状が経過する中で進行する可能性が考えられ、再発や再入院、陰性症状、抗精神病薬の種類・量との関連性が示唆された。

キーワード：慢性期統合失調症, 実行機能, 特徴, 関連要因, 横断調査, 遂行機能障害症候群の行動評価
chronic schizophrenia, executive function, characteristic, relevant factor, behavioural assessment of the dysexecutive syndrome

I. 緒 言

厚生労働省(2018)によると、精神医療において退院可能な社会的入院患者数は約7万人と推計され、精神障がい者の入院医療から地域生活中心への移行支援が進められている。その中でも統合失調症は入院患者の約6割を占めており、患者のリハビリを促進し、地域での活動や参加の向上を支援す

るための医療が求められている(水野, 2017)。統合失調症は幻覚・妄想などの陽性症状や意欲・自発性の低下などの陰性症状、また認知機能障害を主症状とする精神疾患であり、有病率は人口の約1%とされている。統合失調症は広範囲な認知領域の機能障害により日常生活動作(Activities of Daily Living; ADL)が低下し慢性に病的状態が経過していく。精神看護においては統合失調症の病理や症状

¹⁾常磐大学看護学部

²⁾筑波大学医学医療系

を踏まえ、地域でのその人らしい生活をめざした援助を考えていくことが求められる。近年は、脳機能画像検査における脳血流・脳代謝の解明やニューロンレベルにおける神経生理学の著しい進歩により、統合失調症の病態や病因に関する多くの知見が得られ、有用な治療法として認知機能を改善・強化するための介入方法も検討されている (Morinら, 2017)。さらに、統合失調症の病態生理として前頭葉の活性減退が要因となって実行機能障害が現れ、患者の社会機能の低下に大きな影響を与えるため、脳機能を理解した精神看護を提供していくことが重要な視点となっている (森, 2016)。

実行機能とは、Lezakら (2004) の定義によると、人が環境の中で目的に向けて行動するために必要な意思決定、計画、実行、修正を実現する一連の認知機能として、社会的に自立し活動を行っていくために非常に重要な機能であるとされている。実行機能は、①目標の設定、②計画の立案 (プランニング)、③目標に向かって計画を実際に行うこと、④行動を効果的に行うことの4つの要素から成り立っている。

実行機能障害は日常生活に必要な買い物や料理、移動、服薬管理などの手段的ADL (Instrumental ADL) に影響を与えるため、統合失調症者の日常生活機能の向上に有用な実行機能を高めるリハビリテーションの開発も課題となっている (Rodriguez-Blancoら, 2017)。またPotvinら (2015) は、統合失調症者の認知機能や社会的・職業的機能に影響を与える臨床的な要因について分析し、陰性症状や抗精神病薬に誘発される錐体外路症状との関連性を指摘している。さらに、統合失調症者の実行機能を評価するために神経心理学的検査の有用性についても研究が行われている。これまで多くの研究では、前頭葉機能検査の一つである Wisconsin Card Sorting Test (WCST) や精神運動速度を評価するトレイルメイキングテスト (Trail Making Test; TMT) を用いて、統合失調症者の実行機能障害が確認されている (Kluwe-Schiavonら, 2013)。また、実行機能を包括的に評価する遂行 (実行) 機能障害症候群の行動評価 (Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome; BADS) を用いて、慢性期統合失調症者

の全般的な実行機能やプランニング能力の障害が報告されている (Katzら, 2007; Evansら, 1997)。

このように、統合失調症者の実行機能障害やその関連要因を明らかにすることで患者の実行機能の特徴を理解し、実行機能を高めるための試みが行われている。しかし、わが国において、今後増加が予測される地域で生活を送る慢性期の統合失調症者を対象に看護の視点から論じた研究は認められなかった。そのため、慢性期統合失調症者の脳機能として日常生活の中で目的をもった一連の行動を自立して成し遂げて行くために必要な実行機能に着目し、その特徴と関連要因を調査して、地域での生活を支援するための看護を検討していくことは意義のあることであると考えた。

II. 目的

本研究の目的は、慢性期統合失調症者の実行機能障害の特徴と関連要因について明らかにすることである。

III. 方法

1. 対象者

対象は精神疾患の診断・統計マニュアル改訂第5版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) により医師から統合失調症と診断を受け、治療開始後1年以上経過し精神科へ通院中の者、計27名であった。

選定基準は、以下の通りである。

- ・全般的認知機能検査としてミニメンタルステート検査 (Mini-Mental State Examination; MMSE) (北村, 1991) が20点以上の記憶障害が顕著ではない者。
- ・調査施設の主治医と看護責任者に本研究への参加可能な能力があり、参加可能な状態であると判断された者。
- ・研究についての説明を行い、自由意思に基づいて本人からの同意が得られた者。
- ・他の精神疾患および軽度認知障害、認知症疾患の診断を受けていない者。

2. 調査期間

2018年10～12月の3か月間

3. 調査内容

1) 対象者の基本情報

対象者の基本情報として、診療情報から対象者の許可を得て性別、年齢、入院回数、クロロプロマジン (Chlorpromazine ; CP) 換算、主剤について情報収集した。CP換算は患者単位の抗精神病薬の投与量を表す指標であり、1,000mg/日が大量処方と定義されている (Itoら, 2005)。また、対象者の全般的認知機能および精神症状の評価として、MMSEと簡易精神症状評価尺度 (Brief Psychiatric Rating Scale ; BPRS) (宮田ら, 1995) を調査した。MMSEは、時間や場所の見当識、3単語の即時再生と遅延再生、計算など計11項目から構成される30点満点の認知機能検査であり、得点が高いほど認知機能が良好であることを示す (北村, 1991)。BPRSは、簡便で包括的な精神症状評価尺度として使用され、精神症状18項目からなる7件法 (「症状なし」から「非常に重度」) の評価尺度で、症状が重度であるほど得点が高い。

2) 実行機能評価

実行機能障害の評価には、日本語版BADS (鹿島, 2003) を用いた。BADS (Wilsonら, 1996) は、実行機能を評価する検査として作成され、高次脳機能障害者をはじめ多くの研究で活用されている。また、実行機能の4つの要素を包括的に捉え、日常生活における実行機能の問題点を客観的に評価することができる。検査の内容としては、6つの下位検査と2種類の質問紙 (本人用、家族・介護者用) から構成され、鹿島 (2003) によって健常群と脳損傷群を比較した日本語版BADSの信頼性と妥当性が検証されている。各下位検査の成績により0～4点の評価点を総プロフィール得点として0～24点の範囲で評価する。総プロフィール得点が低いほど、実行機能障害が強いと評価される。また総プロフィール得点は障害の程度を全般的区分として、「障害あり」から「きわめて優秀」の7段階で評価する。6つの下位検査の内容は、以下の通りである。

・規則変換カード検査は、21枚のランプを用いて行い、カードを1枚ずつめくり示された規則に

従って「はい」か「いいえ」で回答する。2種類の課題が行われ、それぞれの課題の所要時間、誤りの数を記録する。

- ・行為計画検査は、ビーカーやコルクの入った管などの機材を用い、管の底にあるコルクをステップに沿って取り出すよう求められ、先に進めないときはヒントが与えられる。いくつのステップが独力で達成できたか評価を行う。
- ・鍵探し検査は、正方形とその下に黒い点が描かれた用紙を用いる。この正方形が広場を示し、その広場のどこかで鍵をなくしたかを仮定し、この広場をどのように歩いて鍵を探したかによって検査の評価が行われる。
- ・時間判断検査は、時間的な長さを推測する4つの質問「やかんのお湯が沸騰するのにかかる時間はどのくらいですか」「カメラのセルフタイマーをセットしてからシャッターがおりるまでの時間はどのくらいですか」「風船を膨らませるのにかかる時間はどのくらいですか」「犬の寿命はだいたいどのくらいですか」から構成されている。質問の答えは明確には存在せず、対象者にも正確な答えを知っていることは要求されない。答えを知っているかではなく常識的な推論ができるかどうかを要求される。
- ・動物園地図検査は、動物園の地図を用いて行う。対象者はある日、動物園を訪れたと仮定し、与えられたルールによって園内を移動することができているか評価を行う。提示されたルールを守りゴールにたどり着けるか、また誤りの有無と時間を計測する。
- ・修正6要素検査は、計算問題、絵を見てその名前を答える問題、口述問題の各2課題の計3つのカテゴリーから構成されている。与えられたルールに従い、時間内に検査を実行できるかが問われる。

なお、本研究では対象者の家族・介護者が研究対象として含まれていないため、BADSの6つの下位検査について調査、分析を行った。

4. 分析方法

分析には統計ソフトIBM SPSS Statistics 25を用いた。BADS総プロフィール得点と対象者の基本情

報との関連性 (Spearmanの順位相関係数) について分析し、有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

本研究は、研究対象者の人権擁護を図るため、常磐大学・常磐短期大学研究倫理委員会で承認後(承認番号100085)、研究を実施した。調査では、主治医から紹介を受けた対象者に研究者が研究の趣旨を説明し、説明文書を用いて研究の目的や方法、対象者から得られたデータを記録すること、また、研究への参加は自由意思であり、同意の撤回は可能であること、研究への参加が治療に影響を与えないこと、研究結果を学会や論文として公表することなどを説明し、同意書への署名が得られた者のみを研究対象とした。なお、本研究では医師から全般的認知機能や精神症状の障害が重度ではないと判断された者を対象とし、研究への説明に対して理解が得られない、理解不十分であると判断された場合は研究対象から除外した。

また、調査には30分程度の時間を要することから、対象者の訴えや表情から疲労感、精神的苦痛などの負担感を考慮し、時間配分を適宜調整して調査を行った。

IV. 結果

1. 対象者の基本情報および実行機能評価

分析対象は主治医から調査の承諾が得られた27名のうち、本研究への協力に同意を得た8名(男性6名、女性2名)であった。

対象者の基本情報については、表1に示した通り、年齢は 54.8 ± 7.4 歳(平均 \pm 標準偏差Standard Deviation; SD)であり、入院回数は 3.8 ± 1.9 回であった。また、全般的認知機能評価としてMMSEは平均 25.3 ± 3.0 点、全般的精神症状評価としてBPRSは 40.8 ± 1.7 点であり、重度の障害は認められなかった。CP換算については平均 459.4 ± 295.7 mg/dであり、主剤(CP換算で最も投与量の多い薬剤)については、非定型抗精神病薬が6名、定型抗精神病薬が2名であった。

実行機能評価としてBADs総プロフィール得点は、平均 11.0 ± 0.9 点であり、実行機能障害の程度を示す全般的区分は8名とも「障害あり」に分類された。

2. 対象者の基本情報と実行機能障害との関連

表2に示した通り、BADs総プロフィール得点

表1 対象者の基本情報

	平均	±	SD	(範囲)
年齢(歳)	54.8	±	7.4	(46-65)
入院回数(回)	3.8	±	1.9	(1-7)
MMSE(点)	25.3	±	3	(22-30)
BPRS(点)	40.8	±	1.7	(39-44)
CP換算(mg/d)	459.4	±	295.7	(200.0-1067.3)
BADs総プロフィール(点)	11	±	0.9	(10-12)

表2 対象者の基本情報と実行機能障害との関連

	年齢	入院回数	MMSE	BPRS	CP換算
年齢	1				
入院回数	0.37	1			
MMSE	-0.64	-0.62	1		
BPRS	-0.29	0.47	0.17	1	
CP換算	-0.14	0.41	-0.37	-0.02	1
BADs総プロフィール	0.32	-0.54	0.22	-0.64	-0.57

Spearmanの順位相関係数

とBPRS ($r=-.64$), CP換算 ($r=-.57$), 入院回数 ($r=-.54$) と中等度の相関が認められた。年齢はMMSE ($r=-.64$) との相関が認められ加齢とともに全般的認知機能の低下が関連していたが, BADS総プロフィール得点 ($r=.32$) との相関は低かった。また, 入院回数はMMSE ($r=-.62$) およびBPRS ($r=.47$) との相関が認められ, 入院回数と全般的認知機能や精神症状の重症度に関連がみられた。

V. 考 察

1. 慢性期統合失調症者の実行機能障害の特徴と関連要因について

本研究では, 外来へ通院中の慢性期統合失調症者8名を調査し, 実行機能障害の特徴とその関連要因について主に2つの知見を得た。

はじめに, 慢性期統合失調症者の実行機能を評価したBADS総プロフィール得点は全般的区分において障害が認められた。Katzら(2007)は, BADS総プロフィール得点についてそれぞれ, 慢性期統合失調症の外来患者(平均年齢 42.3 ± 10.9 歳)は平均 8.13 ± 3.9 点, 急性期統合失調症の入院患者(平均年齢 34.1 ± 11.2 歳)は平均 12.2 ± 5.5 点であったことを報告している。Olabiら(2011)が述べているように, 統合失調症の病期による脳構造の変化として慢性期には前頭葉の体積減少が進行すると考えられている。そのため, 先行研究(Katzら, 2007)と本研究の結果からも, 統合失調症の実行機能の特徴として病状が慢性的に経過していくことで実行機能障害が進行し, BADS総プロフィール得点が低下する可能性が考えられた。しかし, 本研究ではBADS総プロフィール得点と年齢との相関から, 慢性期統合失調症者の実行機能障害と加齢との関連性は低く, 慢性的な経過について罹病期間と実行機能との関連性についても今後は調査していく必要がある。一方, 慢性期統合失調症者の認知機能へのリハビリテーションによる実行機能障害の改善について報告があり(Bhattacharya, 2015; Spauldingら, 1999), 脳機能への介入により患者が地域での生活やADLを維持できるよう, 実行機能の向上に有用な看護介入の方法について検討していくことが重要

になると考えられた。

2つ目に, 慢性期統合失調症者の実行機能は全般的精神症状を評価したBPRSと抗精神病薬の投与量を等価換算したCP換算, 入院回数との相関が認められた。実行機能障害の関連要因として, まずBPRSについて, 精神症状は軽度であったが重症度と実行機能障害に関連がみられた。Katzら(2007)はBADSを用いて陽性・陰性症状評価尺度(Positive and Negative Symptom Scale; PANSS)との相関を報告しており, 特に, PANSSで評価する慢性期統合失調症者の陰性症状と実行機能障害との関連性が指摘されている(Semkovskaら, 2004)。PANSSは統合失調症の精神症状を全般的に把握することを目的にKayら(1987)によって作成され, BPRSの18項目を含む陽性尺度, 陰性尺度, 総合精神病理尺度の計30項目で構成されている。統合失調症の実行機能の特徴として慢性期に前景となる陰性症状が要因となり(Heydebrandら, 2004), BADS総プロフィール得点に影響を与えていた可能性が示唆されたが, 今後は陽性症状および陰性症状と実行機能との関連性についても調査していく必要があると考えられた。CP換算については, Blylerら(2000)によると定型抗精神病薬により統合失調症者の精神症状は改善されたものの, 投与量が多いとWCSTとTMTの結果が悪化したことが明らかにされている。一方, Meltzerら(1999)によると, 非定型抗精神病薬のリスペリドン(Risperidone)はワーキングメモリや実行機能, 注意機能を改善し, オランザピン(Olanzapine)は言語学習, 言語流暢性, 記憶, 実行機能を改善したことが報告されている。また, 定型抗精神病薬との比較では, WCSTやTMT, Stroop課題などにおいて, リスペリドンやオランザピン, クエチアピン(Quetiapine)の統合失調症者の実行機能障害への有効性が認められている(Keefeら, 2005; Kivircik Akdedeら, 2005)。WCSTやTMT, Stroop課題は, 注意・概念の転換や思考の柔軟性などの前頭葉機能を評価する神経心理学的検査として用いられる(鹿島, 2007)。このように, 抗精神病薬は実行機能への寄与や効果についてさまざまな研究結果が報告されており, 統合失調症者の実行機能を改善または悪化する誘因となることも関連要因として推察され

た。また、本研究の対象者は投与された抗精神病薬の種類や投与量がそれぞれ異なっていた。そのため、慢性期統合失調症者の実行機能に与える要因として抗精神病薬については、対象者の基本情報として可能な限り統一性のあるデータのもと、BADSとの結果を分析していく必要があると考えられた。対象者の入院回数と実行機能障害においても関連がみられた。Kalwaら（2012）は、慢性期統合失調症者にTMTを用いた調査を行い、入院回数に伴い実行機能と関連する精神運動速度や認知的柔軟性に障害がみられたことを明らかにしている。また、Baloghら（2015）は、統合失調症者の再発による認知機能障害の悪化について示唆しており、病状の経過の中で入退院を繰り返している患者は実行機能障害が現れやすくなる特徴があると考えられた。

2. 看護への示唆と今後の課題

本研究では慢性期統合失調症者の脳機能の特徴として全般的な実行機能の障害が示唆され、看護職者は日常生活に支障を与える実行機能の特徴を理解した看護援助を行っていくことが必要になる。また、入院回数や再発、病状の悪化が関連要因として患者の実行機能障害に影響を与えている可能性が考えられ、その予防や早期からの介入により実行機能を維持、向上できるような看護を提供することで、患者の地域での自立を支援する地域包括ケアの一環としての看護が実現できると期待される。このように、看護職者は根拠をもって統合失調症者の地域生活を支援していくための援助が重要になると考える。今後は、慢性期統合失調症者の実行機能の特徴を踏まえ、実行機能障害への看護介入の方法を検討し、その効果を検証していきたい。

研究の限界として、今後は対象者数を増やし、実行機能の特徴として陽性症状・陰性症状との関連、抗精神病薬の種類や投与量、罹病期間などの基本情報との関連、また慢性期統合失調症者へのBADSの有用性を検討し、健常群との比較を行うことが課題であると考えられる。

VI. 結論

外来へ通院中の慢性期統合失調症者8名に対し、

実行機能障害の特徴と関連要因について検討した結果、以下のことが示唆された。

1. 慢性期統合失調症者の全般的な実行機能障害が示唆され、病状が経過する中で実行機能障害が進行する可能性が考えられた。
2. 慢性期統合失調症者の実行機能は全般的な精神症状、抗精神病薬の投与量と相関が認められたが、陽性症状・陰性症状の程度や抗精神病薬の種類・量との関連性についても検討する必要性が考えられた。
3. 慢性期統合失調症者の実行機能は入院回数との相関が認められ、再発や再入院、病状の悪化により、実行機能障害が現れやすくなることが考えられた。

付記

本論文の内容の一部は、The 30th International Nursing Research Congress, Sigma Theta Tau International（カルガリー）において発表した。

謝辞

本研究にご協力いただきました対象者および施設のスタッフの皆様には感謝申し上げます。また本研究は、常磐大学課題研究助成を受けて行った研究の一部である。

文献

- American Psychiatric Association (2013) /高橋三郎, 大野裕監訳. (2014) : DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京.
- Balogh, N., Egerhazi, A., & Berecz, R. (2015): Neurocognitive changes in patients with schizophrenia during relapse and early remission. *European Journal of Psychiatry*, 29 (3), 199-209. doi:10.4321/S0213-61632015000300004.
- Bhattacharya, K. (2015) : Cognitive Function in Schizophrenia: A Review. *Journal of Psychiatry*, 18 (1), Psychiatry-14-78. doi:10.4172/Psychiatry. 1000187.

- Blyler, C.R., & Gold, J.M.(2000) : Cognitive effects of typical antipsychotic treatment: another look. In *Cognition in Schizophrenia, Impairments, Importance and Treatment Strategies*. Edited by Sharma T, Harvey P, Oxford University Press, New York.
- Evans, J.J., Chua, S.E., McKenna, P.J., et al. (1997): Assessment of the dysexecutive syndrome in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 27(3), 635-646. doi:10.1017/s0033291797004790.
- Heydebrand, G., Weiser, M., Rabinowitz, J., et al. (2004) : Correlates of cognitive deficits in first episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 68 (1) , 1-9. doi:10.1016/S0920-9964 (03) 00097-5.
- Ito, H., Koyama, A., & Higuchi, T. (2005) : Polypharmacy and excessive dosing: psychiatrists' perceptions of antipsychotic drug prescription. *British Journal of Psychiatry*, 187, 243-247. doi: 10.1192/bjp.187.3.243.
- Kalwa, A., Rzewuska, M., & Borkowska, A. (2012) : Cognitive dysfunction progression in schizophrenia-Relation to functional and clinical outcome. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 5-13.
- 鹿島晴雄. (2007) : 認知症の神経心理学的検査—神経心理学的検査の問題点について—. *老年精神医学雑誌*, 18 (増刊-1), 51-57.
- 鹿島晴雄監訳. (2003) : 遂行機能障害症候群の行動評価日本語版, 新興医学出版, 東京.
- Katz, N., Tadmor, I., Felzen, B., et al. (2007) : The Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS) in schizophrenia and its relation to functional outcomes. *Neuropsychological Rehabilitation*, 17 (2) , 192-205. doi:10.1080/09602010600685053.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., & Opler, L.A. (1987) . The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276. doi:10.1093/schbul/13.2.261.
- Keefe, R.S., Young, C.A., Rock, S.L., et al. (2005) : One-year double-blind study of the neurocognitive efficacy of olanzapine, risperidone, and haloperidol in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 81 (1) , 1-15. doi:10.1016/j.schres.2005.07.038.
- 北村俊則. (1991) : Mini-Mental State (MMS) 高齢者のための知的機能検査の手引き, ワールドプランニング, 東京.
- Kivircik Akdede, B.B., Alptekin, K., Kitis, A., et al. (2005): Effects of quetiapine on cognitive functions in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29(2) , 233-238. doi:10.1016/j.pnpbp.2004.11.005.
- Kluwe-Schiavon, B., Sanvicente-Vieira, B., Kristensen, C.H., et al. (2013) : Executive functions rehabilitation for schizophrenia: a critical systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 47 (1) , 91-104. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.10.001>.
- 厚労省(2018) : 地域精神保健医療体制の現状について, Retrieved from: <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000118658.html> (検索日: 2019年3月9日)
- Lezak, M.D., Howison, D.B., & Loring, D.W. (2004): *Neuropsychological assessment*, 4th ed, Oxford University Press, New York.
- Meltzer, H.Y., & McGurk, S.R. (1999) : The effects of clozapine, risperidone, and olanzapine on cognitive function in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25 (2) , 233-255. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033376.
- 宮田量治, 藤井康男, 稲垣中, 他. (1995) : Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 日本語版の信頼性の検討. *臨床評価*, 23, 357-367.
- 水野恵理子. (2017) : 認知神経科学によるフィールドアプローチ 障害児者の早期発見と介入の試み 精神障害からの主体的回復とリハビリテーション. *認知神経科学*, 19(1), 26-32, <https://doi.org/10.11253/ninchishinkeikagaku.19.26>.
- 森千鶴編. (2016) : 改訂版これからの精神看護学 病態生理をふまえた看護実践のための関連図, PILAR PRESS, 東京.
- Morin, L., & Franck, N. (2017) : Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia : A Systematic Review. *Front Psychiatry*, 8, 1-12. doi:10.3389/fpsyt.2017.00100.
- Olabi, B., Ellison-Wright, I., McIntosh, A.M., et al. (2011) : Are there progressive brain changes in schizophrenia?

A meta-analysis of structural magnetic resonance imaging studies. *Biological Psychiatry*, 70 (1), 88-96. doi:10.1016/j.biopsych.2011.01.032.

Potvin, S., Aubin, G., & Stip, E. (2015) : Antipsychotic-induced parkinsonism is associated with working memory deficits in schizophrenia-spectrum disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265 (2) , 147-154. doi:10.1007/s00406-014-0511-y.

Rodriguez-Blanco, L., Lubrini, G., Vidal-Marino, C., et al. (2017) : Efficacy of cognitive rehabilitation of attention, executive functions, and working memory in psychotic disorders: A systematic review. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 45 (4) , 167-178.

Semkowska, M., Bedard, M.A., Godbout, L., et al. (2004) : Assessment of executive dysfunction during activities of daily living in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 69 (2 - 3) , 289 - 300 , <https://doi.org/10.1016/j.schres.2003.07.005>.

Spaulding, W.D., Fleming, S.K., Reed, D., et al. (1999) : Cognitive functioning in schizophrenia: implications for psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 25 (2), 275-289. doi:10.1093/oxfordjournals.schbula033378.

Wilson, B.A., & Burgess, P. (1996) : *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome*, Thames Valley Test Company, UK.

研究報告

慢性心不全患者に対する外来における指導の実態と課題

菅原直美¹⁾, 坂田由美子²⁾, 高田ゆり子²⁾Current Status and Issues of Education for Patients
with Chronic Heart Failure in Outpatient Settings

Naomi Sugawara, Yumiko Sakata, Yuriko Takata

抄 録

目的：慢性心不全患者の再入院を予防するための支援への示唆を得るため、外来における患者指導の実態と課題を明らかにした。

対象・方法：関東圏内にある271病院の循環器外来の看護師271名を対象として、郵送法による質問紙調査を行った。調査内容は患者指導の実態と指導上の課題に関する項目とした。得られたデータは調査項目毎に記述統計量を算出し、自由記述の内容は内容分析を用いて分類した。

結果：61名より回答が得られ、全てを解析対象とした（有効回答率22.5%）。分析の結果、実践していた患者指導の内容は【知識の提供・強化】【スキル習得の支援】【記録や行動の振り返り】【行動調整にむけた支援】、患者指導における課題は【実践体制】【実践の方略】が抽出された。

結論：以上の結果より、外来において簡易に患者指導が実践できる支援体制の構築およびプログラムや教材の開発による指導内容の均質化の必要性が示唆された。

キーワード：心不全, 自己管理, 患者教育, 外来看護, 横断調査

heart failure, self-care, patient education, outpatient nursing, cross-sectional survey

I. はじめに

高齢者人口の増加および虚血性心疾患の延命率の向上等を背景として、日本における心不全患者数は年々増加傾向にあり、推定患者数は約100～200万人と言われている（Shiba & Shimokawa, 2008）。慢性心不全患者を対象として実施した大規模観察研究によると、罹患している者の平均年齢は68～71

歳であり（Tsuchihashi-Makaya et al., 2009; Shiba et al., 2011）、多くが高齢者であることが明らかにされている。心不全患者の多くは高血圧症や心房細動などの複数の疾患を合併しており（Shiba & Shimokawa, 2008; Tsuchihashi-Makaya et al., 2009）、急性増悪のため入院した場合は、症状が安定し退院できたとしても退院1年後の再入院率が20.4%～23.7%（Shiba et al., 2004; Tsuchihashi-

¹⁾常磐大学（Tokiwa University）

²⁾筑波大学（University of Tsukuba）

Makaya et al., 2009) と高く、予後不良の病態と言われている。

慢性心不全患者は健康な人に比べて健康関連QOLが低く、疾患の重症度および療養期間の長期化に従いさらに低下することが明らかにされており(澤崎他, 2007; 竹松他, 2012)、療養する患者の心理的・身体的な負担も相当であるといえる。また、心不全は入退院を繰り返す中で徐々に症状が進行していくが、複数の疾患を併存している心不全治療にかかる診療費用は重症度が進行するに従い高額になることから、重症化した心不全患者数の増加は社会的にも大きな負担となると考えられている(和泉, 2012)。一方、心不全による再入院には医学的な要因よりも加齢や生活習慣、セルフケアに関する知識不足など予防可能な要因が関連しているという報告があり(嶋田他, 2007; 加藤, 2012; 大津他, 2013)、慢性心不全治療ガイドライン(日本循環器学会, 2013)においても患者の自己管理能力の向上に向けた支援の実施が推奨されている。患者数の増加が見込まれている心不全の疾患管理においては、重症化した患者を増やさないよう予防的な介入を実施するシステムを構築することが喫緊の課題であるといえる。

これまで、海外では慢性心不全患者のセルフケア能力の向上を目的とした教育的プログラムが実施されており、それらの有効性がシステマティックレビューにて検討されてきた(Boren et al., 2009; Ditewig et al., 2010; Jovicic et al., 2006; Yehle et al., 2010)。プログラムの多くは看護師が外来において医師や栄養士など他職種と連携して継続的に教育的介入を実施していたことから、看護師が主導した教育的な関わりは有用であることは明らかである。しかしながら、我が国における慢性心不全患者に対する介入研究(亀橋他, 2014; 久保他, 2014; 松村他, 2014)は自己管理能力の向上を目指した有効な患者指導の方法を模索している段階にあり、外来において患者指導のシステムが構築しているとは言い難い現状にある。さらに、外来における患者指導の実態については、診療科を特定せずに実施した調査結果が報告されているのみであり(清水他, 2005; 宮下他, 2014; 村上他, 2014)、心不全患者に限定した指導実態は明らかとは言えない。以上のことか

ら、本研究は外来における慢性心不全患者に対する患者指導の実態および患者指導を実施する上での課題を明らかにすることを目的として、循環器外来の業務を担当する看護師を対象とした横断調査を実施した。本研究は慢性心不全患者の重症化を予防するための介入システムを検討する際に有用な情報となることが期待される。なお、本研究における患者指導とは疾患管理の一環としての自己管理能力の向上を意図した指導と捉えた。

II. 研究方法

1. 研究対象者およびデータ収集方法

調査対象施設は関東圏内にある日本循環器学会が指定する循環器研修施設 271 病院全てとした(日本循環器学会, 2017)。調査対象は循環器外来を担当している看護師であり、循環器外来担当看護師宛に研究協力の依頼文書と調査票を郵送した。調査は無記名とし、研究協力へ同意する場合に調査票へ記入し個別に郵便にて返送してもらうこととした。本研究は平成 28 年 3 月に実施した質問紙調査において得られたデータの一部を使用して実施した。

2. 調査項目

1) 基本属性

年齢、性別、配属部署、経験年数、保有資格

2) 外来における患者指導の実態

実施状況、実施頻度、実施方法、指導時の所要時間、実施者、指導内容(自由記述)、患者指導における課題(自由記述)

3. データ分析方法

得られた回答は調査項目毎に単純集計し、記述統計量を算出した。回答に記入漏れがある場合には、記入漏れがあった項目のみ欠損値として除外し、他の項目への回答は解析対象として集計した。自由記述の回答は、内容分析を用いて分類した。内容分析においては、分析の質を確保するため、分析結果の妥当性を著者全員で確認するとともに修正を行い、最終的な分類を決定した。記述統計量の算出には SPSS for windows ver. 21 を、自由記述のデータの管理には SPSS Text Analytics for Surveys ver. 21

を使用した。

4. 倫理的配慮

本研究は筑波大学医の倫理審査委員会の承認を得ており（第1039号）、当該大学の倫理審査委員会細則および倫理審査委員会手順書を遵守して実施した。調査対象者に対しては、研究の意義・目的・方法・期間、調査対象者の選定理由、自由意思による研究参加であること、同意しない場合でもいかなる不利益も受けないこと、調査票のデータは連結不可能匿名化され個人情報保護されること、回収した調査票とデータの管理方法、研究成果は個人が特定されないデータにして公表されることについて文書で説明し、調査票への回答をもって同意を得たものとした。

Ⅲ. 結果

調査票は61名より回答が得られ、全てを解析対象とした（有効回答率22.5%）。

1. 対象者の属性

平均年齢は41.1歳（SD=7.7）であり、女性57名（93.4%）、男性4名（6.6%）であった。配属部署は、循環器外来専従の者が22名（36.1%）であり、その他の回答者は他の診療科外来14名（23.0%）、循環器病棟13名（21.3%）、その他の部署12名（19.6%）と兼務していた。循環器分野における平均経験年数は9.3年、認定看護師資格保有者は9名（14.8%）、専門看護師資格保有者は2名（3.3%）であった。（表1）

表1 調査対象者の基本属性

			<i>n</i> = 61
項目	分類		<i>n</i> (%)
平均年齢 (SD)			41.1 (7.7)
性別	女性		57 (93.4)
	男性		4 (6.6)
配属部署	循環器外来専従		22 (36.1)
	他の診療科外来と兼務		14 (23.0)
	循環器病棟との兼務		13 (21.3)
	その他の部署との兼務		12 (19.6)
看護師としての平均経験年数 (SD)			17.7 (7.8)
循環器分野での平均経験年数 (SD)			9.3 (5.1)
資格	認定看護師	あり	9 (14.8)
		なし	52 (85.2)
	専門看護師	あり	2 (3.3)
		なし	59 (96.7)
	その他	あり	11 (18.0)
		なし	50 (82.0)
<資格内訳>			
認定看護師 (<i>n</i> =9)	慢性心不全看護		8 (89.9)
	集中ケア		1 (11.1)
専門看護師 (<i>n</i> =2)	慢性疾患看護		1 (50.0)
	急性・重症患者看護		1 (50.0)
その他 (<i>n</i> =11) (複数回答)	保健師		5 (45.5)
	教員免許		6 (54.5)
	ケアマネージャー		2 (18.2)
	医療系認定資格		3 (27.3)

表2 外来における慢性心不全患者に対する患者指導の実態

項目	回答	n (%)
実施状況 (n=60)	全員に実施	1 (1.7)
	指導が必要な患者を選定して実施	36 (60.0)
	患者の希望があれば実施	3 (5.0)
	実施していない	20 (33.3)
実施頻度 (n=40)	定期的実施	16 (40.0)
	不定期に実施	22 (55.5)
	その他	2 (5.0)
実施方法 (n=40) (複数回答)	個別・対面での実施	あり 38 (95.0)
		なし 2 (5.0)
	個別・電話での実施	あり 3 (7.5)
		なし 37 (92.5)
	集団での実施	あり 0 (0)
		なし 40 (100)
所要時間 (n=40)	5分～15分	17 (42.5)
	20分～30分	15 (37.5)
	30分～60分	8 (20.0)
実施者 (n=40)	看護師が実施	28 (70.0)
	看護師と他の専門職が協同で実施	11 (27.5)
	看護師以外の専門職が実施	1 (2.5)
	(他の専門職の内訳, n=12) (複数回答)	
	医師	7 (58.3)
	栄養士	8 (66.7)
	理学療法士	4 (33.3)
	薬剤師	1 (8.3)

2. 外来における慢性心不全患者に対する患者指導の実態

患者指導の実態は表2に示した。実施状況は、指導が必要な患者を選定して実施が36名(60.0%)、実施していないが20名(33.3%)であった。指導を実施していない理由を自由記述にて質問した結果、患者指導への取り組みがない、時間・マンパワー不足という内容が抽出された。実施方法は、個別・対面での実施が38名(95.0%)と最も多かった。実施頻度は、定期的実施が16名(40.0%)、不定期に実施が22名(55.5%)であった。実施を行うタイミングを自由記述により質問したところ、定期的に指導を実施している場合(n=13)のタイミングは、全員が「外来受診時に合わせて」と回答していた。不定期に指導を実施する場合(n=10)のタイミングは「指導の必要性を感じた時」(n=

5), 「症状増悪時」(n=4), 「医師の指示があったとき」(n=1)の3種類に分類された。指導の所要時間は、5分～15分が17名(42.5%)と最も多かった。指導の実施者は、看護師のみが28名(70.0%)、看護師と他の専門職が11名(27.5%)であった。指導を行う看護師以外の専門職は、栄養士が8名(40.0%)、医師が7名(35.0%)であった。

実践している指導内容の自由記述(n=30)からは122の記述を抽出し、大項目として【知識の提供・強化】【スキル習得の支援】【記録や行動の振り返り】【行動調整にむけた支援】を抽出した。【知識の提供・強化】の中項目として疾患や治療を理解するための知識である「心不全の病態・症状」「薬物療法」「心臓リハビリ」、セルフケアに関する知識である「日常生活の注意点」「増悪時の対応」を抽出した。このうち、抽出数が最も多い小項目は「日

常生活の注意点」の「水分管理 ($n=8$)」>「活動量と休息 ($n=8$)」>であった。【スキル習得の支援】の中項目として「セルフモニタリング方法」を抽出した。抽出数が最も多い小項目は「セルフモニタリング法の指導 ($n=5$)」>であった。【記録や行動の振り返り】の中項目として「心不全手帳などに患者が記録した結果を確認する」「セルフモニタリング結果の確認」、日常生活の注意点に留意した生活が送れていたかを確認する「セルフケア実施状況の確認」「リスク因子の状況を確認」、看護師自身が患者の状態を観察する「増悪の徴候がないか確認」を抽出した。抽出数が最も多い小項目は「セルフモニタリング結果の確認」の「体重測定 ($n=7$)」>であった。【行動調整にむけた支援】の中項目として「カウンセリングを用いた指導である」「目標設定・評価」「課題抽出と対策検討」「動機づけの強化」「支援体制の強化」を抽出した。抽出数が最も多い小項目は「課題抽出と対策検討」の「セルフケアが出来ていない部分に対し、改善策を考える ($n=2$)」>であった。

指導を行う上での課題に対する自由記述 ($n=39$) からは69の記述を抽出し、大項目として【実践体制】【実践の方略】を抽出した。【実践体制】の中項目として「指導を行う人員・時間・場所の確保」「スタッフへの教育・育成」「組織からの理解を得る」を抽出した。この小項目には外来で患者指導を実施する体制の構築を課題として捉えている内容が含まれていた。【実践の方略】の中項目として「指導が困難な患者への介入」「指導方法や指導内容の統一」「介護者や社会資源を巻き込んだ介入」「継続的な介入と指導効果の評価」「他職種、他部署との連携」「要指導患者の抽出」「個別性のある指導」「信頼関係の構築」「早期からの介入」を抽出した。この小項目には患者指導を円滑かつ効果的に実践するための方略に関する内容が含まれていた。

IV. 考 察

1. 外来における患者指導の実態

外来における患者指導は、指導が必要な患者を選定して実施している施設は60%、実施していない

施設が33.3%であり、指導の実施状況としては十分とはいえない結果であった。また、指導を実施している場合であっても不定期に実施している者が半数以上であり、指導の必要性を感じた時や症状増悪時に実施していることが明らかとなった。これより要指導患者が外来通院している場合であっても、全ての患者を把握し継続的に介入することは困難であり、増悪の兆候や症状が現れてようやく介入に至る現状があることが推察された。近年、認定看護師や専門看護師の活躍の場として、看護専門外来の設置が拡大しつつある。しかし、看護専門外来の多くはがん患者や糖尿病患者を対象としており、診療報酬で算定が認められた特定の看護領域である（日本看護協会業務委員会, 2011）。看護専門外来とは異なり従来の外来業務に従事する看護師は、診療補助業務を行うことに追われてしまい、患者にゆっくりと向き合い日常生活の送り方について話し合いをしたり、説明をする時間を持つことが困難であることが報告されている（松山他, 2006）。日本看護協会によって報告された外来看護に関する調査結果（日本看護協会業務委員会, 2011）によると、外来通院する患者の8割がセルフケアに困難を抱えているものの、セルフケア能力の向上を支援するための外来看護体制が十分に整っていない実態があることが報告されている。昨今、人口の高齢化に伴う疾病構造の変化により慢性疾患を抱え地域で生活する人が増加しており、これまでの治す医療から治し支える医療へと転換が求められている。今こそ外来における看護実践の必要性を評価し、体制の整備にむけた検討が必要といえる。

指導内容に関する自由記述からは【知識の提供・強化】【スキル習得の支援】【記録や行動の振り返り】【行動調整にむけた支援】という大項目が抽出された。心不全患者にとって疾患管理のため自己管理能力を習得することは、それまでの生活習慣を変容し新たな生活習慣を獲得することでもある。足立(2007)は生活習慣の変容を支援するためには、望ましい行動を具体的に示すこと、そのために必要な情報を提供すること、自信や意欲を喚起し、実践を通じて技術を練習することが必要であると述べている。【知識の提供・強化】【スキル習得の支援】は望ましい行動やその行動を実施するために必要な情報

表3 患者指導の内容

			n = 30	
大項目	中項目	小項目	抽出数	
知識の提供・強化	心不全の病態・症状	心不全はどのような疾患か	3	
		心不全の症状	3	
		退院時に指導された知識の確認と強化	6	
	薬物療法		薬について	5
			内服継続の必要性	1
	心臓リハビリ		心臓リハビリ	1
	日常生活の注意点		生活指導	7
			体重管理	5
			水分管理	8
			塩分制限	7
			食事	4
			活動量と休息	8
			ストレス軽減	1
			感染予防	1
			禁煙と飲酒の影響	1
			増悪時の対応	
	症状出現時の対処方法	4		
	受診のタイミング	4		
	来院の方法	1		
スキル習得の支援	セルフモニタリング方法	セルフモニタリング法の指導	5	
		浮腫の診かた	1	
記録や行動の振り返り	セルフモニタリング結果の確認	体重測定	7	
		血圧測定	5	
		水分摂取量	3	
		服薬確認	2	
	セルフケア実施状況の確認		食事内容	6
			運動	1
			感染予防	1
	リスク因子の状況を確認		睡眠	1
			心理社会的側面	1
	増悪の徴候がないか確認		心不全症状	5
			呼吸障害	1
	行動調整にむけた支援	目標設定・評価	次回外来時までの目標を患者と共に決定する	1
			目標の確認評価	1
課題抽出と対策検討			セルフケアが出来ていない部分に対し、改善策を考える	2
			今後の予測や希望など状況に合わせた指導を行う	1
動機づけの強化			成功体験を認め、自己効力感を強化する	1
			本人が行っている療養行動を支持する	1
支援体制の強化			必要時は栄養士による栄養指導を行う	1
			介護者教育	1
		内服の支援体制を確認	1	

表 4 指導上の課題

		<i>n</i> = 39
大項目	中項目	小項目数
実践体制	指導を行う人員・時間・場所の確保	14
	スタッフへの教育・育成	8
	組織からの理解を得る	2
実践の方略	指導が困難な患者への介入	11
	指導方法や指導内容の統一	9
	介護者や社会資源を巻き込んだ介入	7
	継続的な介入と指導効果の評価	6
	他職種、他部署との連携	6
	要指導患者の抽出	2
	個別性のある指導	2
	信頼関係の構築	2
	早期からの介入	1

を提供するための関わりであり、【記録や行動の振り返り】【行動調整にむけた支援】は自信や意欲を喚起し自己管理のための技術習得を支援する関わりであると捉えることが出来る。したがって、自由記述により抽出された指導内容は行動変容を支援する関わりとして妥当な内容といえる。さらに、心不全患者のセルフケア理論である Self-Care of Heart Failure Model (Riegel & Dickson, 2008; Riegel et al., 2016) によると、セルフケア行動はメンテナンス、症状認知、マネジメントという3つの行動によって構成されている。メンテナンスとは症状モニタリングや増悪のリスクを避けた生活を送ることを、症状認知とはメンテナンスの結果として心不全症状の増悪や増悪の徴候に気付くことを、マネジメントとは認知した症状に対して何らかの対処行動をとることを意味する (Riegel et al., 2016)。抽出された項目には理論が示している3つの行動全てに該当する内容が含まれており、心不全患者に対する指導内容としても理論的に妥当であり有効な内容が含まれていた。しかしながら、抽出された項目数が少数かつ偏りがあることや患者指導が実施できていない施設が相当数存在することを踏まえると、指導実態には病院間あるいは個人間での格差があることは否めず、指導内容の均質化を図るための対策が必要といえる。

2. 患者指導を実施する上での課題

患者指導を実施する上での課題は【実践体制】【実践の方略】が抽出された。【実践体制】の記述には外来で患者指導を実施する必要性を感じながらも時間や人員、場所の確保が難しいために理想とする関わりが出来ていないことや、患者指導が出来る看護師の育成、診療報酬が得られない看護師の活動に病院側からの理解が得られにくいという内容が含まれていた。これより、従来の外来において診療補助業務の傍らで看護師が患者指導を実施することは組織の体制としてなかなか受け入れられていない現状があることが推察された。大津ら (2009) が実施した外来看護に関する調査結果によると、診療補助業務の中央化や外来一看護体制の導入により、外来看護師は一つの診療科に固定して勤務するよりも各診療科を流動的に担当する機会が多くなっており、看護師に代わって医療秘書やクラークのような診療アシスタントの導入が増加していることが報告されていた。本調査に対しても「外来にはクラークが配置されているのみで看護師がいない」という回答があり、外来における看護師の配置状況の変化が窺えた。限られた人員を有効に配置することは病院経営の観点からも重要な課題ではあるが、効率性を重視するあまり看護師の配置を減らし患者からのメッセージを見逃してしまうことや介入のタイミングを逃してしまうことは回避しなければならない。現在100万人規模とされている我が国の慢性心不全患

者数は2025年には120万人を超え、急性増悪による再入院が頻発することが予想されている（三和, 2015）。入院患者に対応する医療現場のスタッフの疲弊を予防するためにも心不全の増悪を予防するための外来における患者指導体制の構築は急務といえる。

【実践の方略】では9つの中項目が抽出されたが、小項目数が最も多い中項目は「指導が困難な患者への介入」であった。指導困難な患者の属性としては高齢者であることが最も多かったが、加齢に伴う心身機能の変化のため指導された内容を速やかに理解して実生活に取り入れることが困難であることや、老老介護や独居の場合には社会的な支援の獲得が困難であることが背景にあると推察された。社会的な支援に関連して、「介護者や社会資源を巻き込んだ介入」も意見が多い課題として挙げられた。心不全患者の多くは高齢者であることから、患者本人だけでなく家族等に対する指導も併せて実施することで高い効果が期待される（Riegel et al., 2016）。療養生活を継続する中で、加齢や病状の進行に伴う日常生活自立度や認知機能の低下をきたした場合には、家族主導のセルフケアに移行してもらうよう指導する必要がある。患者の心身の状態の変化に従い適切なタイミングでセルフケアに対するサポートの割合を調整してもらうよう働きかけることも看護師が担う課題であるといえる。一方、家族のサポートを得ることが困難な独居や老々介護の状況にある患者に対しては介護サービス等の社会資源を活用することで患者のセルフケアが補われるよう他職種と連携する必要がある。その際には、看護師は患者にどのようなサポートが提供されればセルフケアが継続して実施出来るかを把握し、伝達する役割を担っているといえる。「指導方法や指導内容の統一」では指導内容が看護師個々の力量に任されている現状を問題視している意見が多く述べられており、指導の均質化を図るプログラムや教材の開発・普及の必要性が示唆された。「継続的な介入と指導効果の評価」では患者指導は退院時等に一時的に実施するケースが多く、継続的かつ適正な評価が実施できていないことが述べられていた。この項目は「他職種、他部署との連携」「要指導患者の抽出」「早期からの介入」と関連した内容であり、外来において継続的な

介入を行うためには要指導患者を抽出するための早期からの介入が不可欠であり、その情報を職種や部署を超えて共有できるような連携体制を構築する必要があることを意味すると推察された。心不全患者に対するセルフケア能力向上のための介入プログラムの多くは初期教育による知識の提供とその後継続的に実施される個別のフォローアップによって構成されており、海外においてその効果が報告されている（de la Port et al., 2007; Shao et al., 2013; Boyne et al., 2014）。入院を経て外来通院する患者に対して介入を実施する場合には、病棟における初期教育と要指導患者の抽出および外来への情報提供、初期教育の内容を踏まえた外来におけるフォローアップの展開が望まれる。

3. 本研究の限界と課題

調査対象となった施設は、循環器研修施設に指定されていた点では共通していたが、外来における看護体制という点では病院間において差があることが推察された。ゆえに、病院間における看護体制の違いを踏まえて結果を比較出来なかったことが本研究の限界といえる。今後は病院の機能や外来の規模など看護体制に影響しうる要因も調査項目に含め個別に指導実態を比較し、対策を検討していくことが課題である。また、本調査により患者教育の必要性を感じながらも実施できていない実態があることが明らかになった。患者指導体制を構築するための実行可能なプログラムや簡易に使用できる教材を開発し情報を発信することも今後の課題といえる。

V. 結論

慢性心不全患者の症状悪化や再入院を予防するための介入について示唆を得るため、外来における慢性心不全患者に対する患者指導の実態と課題を明らかにすることを目的とした横断的な質問紙調査を実施した。調査結果より、実践していた指導内容は【知識の提供・強化】【スキル習得の支援】【記録や行動の振り返り】【行動調整にむけた支援】、患者指導における課題は【実践体制】【実践の方略】であった。今後の課題は、外来における指導体制の構築と実践内容の均質化である。

謝 辞

本調査研究を行うにあたり、ご協力賜りました看護師の皆様に心より御礼申し上げます。

付 記

本論文は、筑波大学大学院人間総合科学研究科に提出した博士論文の一部を加筆修正したものである。

引用文献

足立淑子 (2007) : 行動変容をサポートする保健指導バイタルポイント—情報提供・動機付け支援・積極的支援, 医歯薬出版, 東京.

Boren A.S., Wakefield J.B., Gunlock T. et al. (2009) : Heart Failure self-management education; a systematic review of the evidence. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 7, 159-168. DOI:10.1111/j.1744-1609.2009.00134.x

Boyne J.J., Vrijhoef H.J., Spreeuwenberg M. et al. (2014) : Effects of tailored telemonitoring on heart failure patients' knowledge, self-care, self-efficacy and adherence: a randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(3), 243-252. DOI:10.1177/1474515113487464

de la Porte P.W., Lok D.J., van Veldhuisen D.J. et al. (2007) : Added value of a physician-and-nurse-directed heart failure clinic: results from the Deventer-Alkmaar heart failure study. *Heart*, 93(7), 819-825. DOI: 10.1136/hrt.2006.095810

Ditewig B.J., Blok H., Havers J. et al. (2010) : Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with heart failure ; a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 78(3), 297-315. DOI:10.1016/j.pec.2010.01.016

和泉徹 (2012) : エビデンスに基づく循環器予防学—慢性心不全を防ぐ予防戦略とは, 南山堂, 東京.

Jovicic A., Holroyd-Leduc M.J., Straus E.S. (2006)

: Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure; a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovascular Disorders*, 6:42. DOI: 10.1186/1471-2261-6-43

加藤尚子 (2012) : 性心不全におけるセルフケア, 茅みゆき, 亀俊美, 藤尚子(編), 不全教本, 1, デイカルサイエンスインターナショナル, 東京.

亀橋由樹子, 沢里子, 田向真理 (2014) : 心不全再燃患者の塩分・水分管理の指導プログラムの検討. 八戸赤十字病院紀要, 10(1), 55-58.

久保真希子, 乾早紀子, 酒井久美他 (2014) : 心不全患者へ退院指導した効果の実態調査 ヨーロッパ心不全セルフケア行動尺度を用いて. 奈良県立三室病院看護学雑誌, 30, 13-17.

松村美佳, 改發麻優, 中野ひとみ他 (2014) : 心不全患者に対するセルフケア確立に向けての指導効果の検証. 愛仁会医学研究雑誌, 45, 96-99.

松山洋子, 古川直美, 小田和美他 (2006) : 外来利用者の満足度調査からみた外来診療の課題. 岐阜県立大学紀要, 6, 27-34.

宮下幸恵, 内藤綾子, 伊藤紗耶香他 (2014) : 看護外来 (仮) 活動と今後の課題. 信州大学医学部付属病院看護研究集録, 42, 99-101.

村上礼子, 松浦利江子, 中村美鈴他 (2014) : 大学病院の外来に勤務する看護師が認識する外来看護実践上の課題と看護専門外来開設に向けての示唆. 自治医科大学看護学ジャーナル, 11, 55-64.

日本看護協会業務委員会 : 外来における看護の専門性 発揮に向けた課題, Retrieved from: http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/fukyukeihatsu/gairaikango_0731.pdf (検索日 2016年12月26日)

日本循環器学会 : 学会指定病院(循環器研修施設)について, Retrieved from: http://www.j-circ.or.jp/information/senmoni/senmoni_shiteibyouin.htm (検索日 2017年3月20日)

日本循環器学会 : 慢性心不全治療ガイドライン (2010年改訂版), Retrieved from: <http://www.j-circ.or.jp/guideline/> (検索日 : 2017年3月20日)

大津美香, 森山美知子, 真茅みゆき (2013) : 認知症を有する高齢慢性心不全患者の再入院の要因と

- 在宅療養に向けた疾病管理の実態. 日本循環器看護学会誌, 8, 35-46.
- 大津佐知江, 佐伯圭一郎, 草間朋子 (2009): 外来看護の質向上のための環境システム整備に関する調査. 看護科学研究, 8, 21-28.
- Riegel B., Dickson V.V. (2008): A situation-specific theory of heart failure self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 190-196. DOI : 10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85
- Riegel B., Dickson V.V., Faulkner K.M. (2016) : The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care; Revised and Updated. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31 (3), 226 - 235. DOI:10.1097/JCN.0000000000000244
- 澤崎文子, 柴山健三, 松竹百合子他 (2007): 慢性心不全患者の Quality of Life 評価; ACC/AHA ガイドラインステージで分類した患者群の比較. *Journal of Cardiology*, 50, 253-258.
- 三和護 (2015): 「心不全パンデミック」の脅威; 10年後は120万人超 急性増悪による再入院例の多発リスクも. 日経メディカル, 10, 48-49.
- Shao J.H., Chang A.M., Edwards H. et al. (2013): A randomized controlled trial of self-management programme improves health-related outcomes of older people with heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (11) , 2458-2469. DOI:10.1111/jan.12121
- Shiba N., Watanabe J., Shiozaki T. et al. (2004) : Analysis of chronic heart failure registry in the Tohoku district; third year follow-up. *Circulation Journal*, 68 (5) , 427-434.
- Shiba N., Shimokawa H. (2008) : Chronic heart failure in Japan; implication of the CHART studies. *Vascular Health and Risk Management*, 4 (1) , 103-113.
- Shiba N., Nochioka K., Miura M., et al. (2011) : Trend of wesernization of etiology and clinical characteristics of heart failure patients in Japan; first report from the CHART-2 study. *Circulation Journal*, 75 (4), 823-833. doi:10.1253/circj.CJ-11-0135
- 嶋田誠治, 野田喜寛, 神崎良子他 (2007): 再入院を繰り返す慢性心不全患者の実態調査と疾病管理. 心臓リハビリテーション, 12, 118-121.
- 清水安子, 今村美葉, 湯浅美千代 (2005): 大学病院における成人慢性疾患外来の個別指導の実態と看護の課題. 千葉大学看護学部紀要, 27, 19-28.
- 竹松百合子, 小島重子, 近藤彰他 (2012): 退院後2年間在宅治療した慢性心不全患者のQOLとセルフケアの評価. 心臓, 44, 1258-1264.
- Tsuchihashi-Makaya M., Hamaguchi S., Kinugawa S. et al. (2009): Characteristics and outcomes of hospitalized patients with heart failure and reduced vs preserved ejection fraction; a report from Japanese Cardiac Registry of Heart Failure in Cardiology (JCARE-CARD). *Heart Failure*, 73, 1893-1900.
- Yehle S.K., Plake S.K. (2010): Self-efficacy and educational interventions in heart failure; a review of the literature. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(3), 175-188. DOI:10.1097/JCN.0b013e3181c71e8e

研究報告

茨城県南地域の小児訪問看護の実施状況と課題

門間智子¹⁾, 西連寺信枝²⁾

Implementation Status and Problems of Pediatric Home-Visit Nursing in The Southern Area of Ibaraki Prefecture

Tomoko Monma, Nobue Sairenji

抄 録

【目的】茨城県南地域の小児訪問看護の実施状況と課題を明らかにする。【方法】茨城県訪問看護ステーション協議会県南地域に該当する2ブロック（以下、茨城県南地域）の全訪問看護ステーション（以下、ステーション）55施設を対象に自作の無記名自記式質問紙調査を実施した。【結論】茨城県南地域では、35.5%のステーションが小児訪問看護を実施していた。実施していない施設の28.1%は依頼があれば受け入れるとの結果だった。今後も受け入れる予定がないと回答したステーションは34.4%だったが、そのうち50.0%は研修等で小児看護の知識と技術が習得できれば受け入れ可能とのことであった。小児利用者の56.7%が未就学児で、70.3%が医療的ケアを要していた。小児訪問看護を行う上での困難は小児看護の経験がないことによる不安や苦手意識、ケアへのこだわりが強い家族や理解力が乏しい家族へのかかわり、在宅医療体制の不十分さなどであった。今後の課題はより重症度や医療依存度の高い子どもや育児支援、家族へのかかわりなど、ステーションのニーズに沿った研修テーマや研修方法の検討、家族へのかかわりも含めた個別事例に関する相談体制の確立、相談支援専門員も含めた関係職種や関係機関の連携の強化である。

キーワード：小児訪問看護，医療的ケア，課題

pediatric home-visit nursing, medical care, problems

I. はじめに

近年、周産期医療や救命救急医療の発展により、救命率が向上した一方、気管切開や人工呼吸器の装着などの医療的ケアを必要とする小児が増加している（口分田ら，2018；佐藤，2018；四方ら，2019）。このような小児の多くが在宅療養へと移行していく

なか、在宅療養を維持するためには、地域での支援体制の充実はもちろん、特に高度な医療的ケアを要するがゆえ、訪問看護による支援が期待される。

筆者は、2018年まで茨城県南地域にある急性期総合病院（以下、A病院）に所属し、小児看護専門看護師として組織横断的に活動し、特に小児の在宅療養支援に携わってきた。A病院は救命救急セン

¹⁾常磐大学看護学部看護学科

²⁾JA茨城県厚生連土浦訪問看護ステーション

ター、総合周産期母子医療センターを有し、小児救急医療拠点病院の指定を受けた地域基幹病院であり、その附属施設であるB訪問看護ステーション（以下、Bステーション）は1995年の開設以来、2017年3月までに28件の小児を受け入れている。西連寺らがBステーションのスタッフを対象に行ったフォーカスグループインタビューでは、小児看護の経験がないことによる自信不足や小児訪問看護の役割に葛藤を感じながら訪問看護に従事していることが明らかになった（西連寺ら、2011）が、在宅移行する子どもの増加に伴い、訪問依頼も年々増加し、最近では月齢の低い乳児の訪問依頼も増加傾向にある。また、2017年7月現在、A病院から17ヶ所のステーションに40名の小児患者を依頼しているが、医療ニーズの高い小児のすべてが訪問看護を利用しているかという点、在宅療養開始当初から利用希望がなかったり、途中で利用を中断したり、居住地域周辺に小児の受け入れ可能な訪問看護ステーションがないといった事例をよく経験した。

中央社会保険医療協議会は2018年の総会において、訪問看護ステーションの約半数が小児の訪問看護が難しいと感じており、その理由に人材不足、小児看護の知識や技術を学べる機会の少なさ、コーディネーターの不在、保護者との関係づくりや保護者へのケア、福祉機関との連携の難しさがあることを報告している（中央社会保険医療協議会、2018）。また、松崎らは某県全域の訪問看護ステーションの小児の受け入れの現状と課題を調査し、小児を受け入れているステーションが31.0%であり、小児訪問看護を拡大していくための課題が小児訪問看護の経験があるステーションや看護師の知識や技術を広く共有すること、他機関・多職種と連携できるネットワークの整備であることを報告している（松崎ら、2016）。このように、小児訪問看護の実状と課題は共通認識になりつつあるが、訪問看護ステーションは地域によって偏在しており（日本看護協会他、2013）、各地域が地域の状況をとらえ、地域に合った対策を講じることも重要である。

Bステーションは機能強化型訪問看護ステーションとして、地域の在宅療養環境整備への貢献（人材育成のための研修の実施、地域住民等に対する情報提供や相談支援など）が期待されている。そこで今

回、A病院およびBステーション周辺である茨城県南地域の小児訪問看護の実施状況と課題を明らかにし、対策を検討し、茨城県南地域の訪問看護と小児利用者に貢献できるような活動に繋がりたいと考え、アンケート調査を行ったので報告する。

II. 方法

1. 対象

茨城県訪問看護ステーション協議会の県南地域に該当する2ブロック（以下、茨城県南地域）のリストにある全訪問看護ステーション55施設の管理者

2. データ収集方法

自作の無記名自記式質問紙調査を郵送し、返信用封筒を同封し、回収した。

調査期間は2017年8月1日から8月31日であった。調査内容は、訪問看護ステーションの基本属性（開設してからの期間、医療機関併設の有無、看護師の常勤換算数）、小児訪問看護の実施状況（現在の利用者数とそのうちの小児の数、年齢や医療的ケアの内容、利用しているサービス、介護者について）、小児の訪問看護を行う上で難しいと感じていること、小児の訪問看護を実施していない理由、今後の受け入れの予定、小児の訪問看護が円滑に実施できる条件や支援体制などであり、その他、小児の訪問看護について考えていること、知りたいことなどを自由に記載してもらった。

なお、本調査における「小児」とは15歳未満の利用者および15歳以上であっても、小児科から訪問看護指示書が発行されている利用者とした。

3. 分析方法

選択回答のデータは単純集計した。自由記述回答のデータ内容は、設問ごとに分けて内容を精読の上、各記述を要約してコード化した。類似する意味内容のコードを集めてサブカテゴリー化し、更に似通った意味内容のサブカテゴリーを集めてカテゴリー化した。自由記述回答の分析にあたっては、研究者間で合意に達するまで繰り返し討議した。

4. 倫理的配慮

共同研究者所属施設の看護倫理委員会の承認を得て実施した。個人や施設が特定されないよう、調査は無記名とし、特に開設年数から事業所が特定されないよう、開設からの期間の選択肢に幅をもたせるようにした。調査への協力は自由意志であること、調査に協力することによる不利益として回答に15分ほどの時間を要すること、調査結果を学会や論文等で公表することなどを調査票の冒頭に記載し、同意して回答してもらう場合には、調査用紙の協力の意思にレ点をつけ、返送してもらった。調査は茨城県訪問看護ステーション協議会代表者の承諾を得て実施した。

Ⅲ. 結果

茨城県南地域にある全ステーション55施設に調査用紙を郵送にて配布し、32施設から返送があった（回収率58.2%）。

1. 訪問看護ステーションの基本属性

32施設の開設年数は1年以上5年未満が5施設、5年以上10年未満が8施設、10年以上20年未満が8施設、20年以上が11施設であり、機能強化型ステーションは1件であった。看護師の常勤換算数は平均5.6人（最大11.8人、最小2.5人）であり、直近の1か月間の利用者数は平均84.3人（最大246人、最小0人）であった。

2. 小児訪問看護の実施状況

1) 小児訪問看護の受け入れ状況

回答のあった31施設（無回答1件）中、小児の利用があった施設は11施設（35.5%）あり、直近1か月の利用者数は平均3.2人（最大7人、最小1人）であった。小児の利用がなかった施設は20施設（64.5%）であり、利用がなかった理由（複数回答）は「訪問依頼がない」9施設、「小児看護の経験があるスタッフがいないので受け入れられない」8施設、「併設医療機関に小児科がないので受け入れられない」4施設、「余裕がないので受け入れられない」4施設であった。今後、小児の利用者を受け入れていく予定がある施設9施設（28.1%）、条

件が整えば受け入れる施設7施設（21.9%）、受け入れる予定がない施設11施設（34.4%）、無回答5施設（15.6%）であった。条件が整えば受け入れる「条件」とは、「小児看護の知識・技術の習得や経験が積めれば」7施設、「人間的な余裕ができれば」6施設、「他機関との良好な連携が取れれば」2施設であった。

2) 小児の利用者の状況

小児の利用者がいると回答した11施設に利用者の状況について尋ねた。小児の利用者の合計は37名であった。訪問看護指示書発行元は「県外」1名（2.7%）、「県内」36名（97.3%）で、「大学病院・専門病院」22名（59.5%）、「総合病院」11名（29.7%）、「開業医」3名（8.1%）であった。

利用者ごとの状況を尋ねたところ、33名について回答があったので、33名の状況を示す。年齢は「0～1歳未満」4名、「1～6歳未満」12名、「6～12歳未満」8名、「12～15歳未満」5名、「15歳以上」4名で、乳児と15歳以上がそれぞれ約1割を占めた。疾患では「先天性疾患」21名（56.8%）に次いで、「周産期の異常（仮死後脳性麻痺等）」9名（24.3%）が多かった。訪問の目的（複数回答）は「状態観察」35名（94.6%）、「家族の精神的支援」33名（89.2%）、「医療的ケア」22名（59.5%）、「リハビリ」18名（48.6%）の順に多かった。訪問頻度は、「週1回」21名（56.8%）が最も多かった。

医療的ケア「なし」は8名（21.6%）、「あり」は26名（70.3%）で（図1）、医療的ケアの内容は図2に示した。人工呼吸器、気管切開、鼻腔栄養など医療依存度が高い一方で、医療的ケアがない利用者も訪問看護の対象となっていた。

33名が訪問看護以外に利用している社会資源を図3に示した。保健センターの利用は乳幼児のみであり、学童期以降にはヘルパーや訪問入浴などの生活支援サービスの利用が多かった。レスパイトの利用は33名中7名（21.2%）であった。

家族構成は、「核家族」29名（78.4%）と多く、24名（64.9%）にきょうだいがいた。主介護者は「母親」36名（97.3%）で、副介護者は「父親」27名（73.0%）、また有事に協力してくれる人として、「祖父母」23名（62.2%）が多く、次いで、父母の兄弟姉妹6名（16.2%）であった。

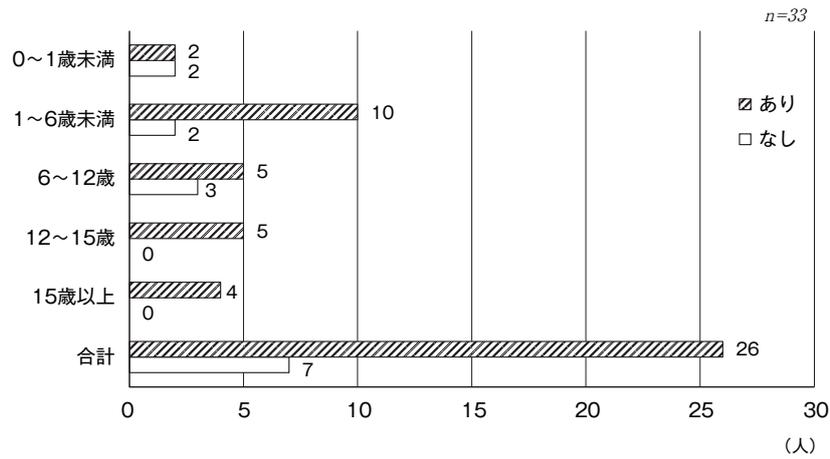


図1 医療的ケアの有無 (年代別)

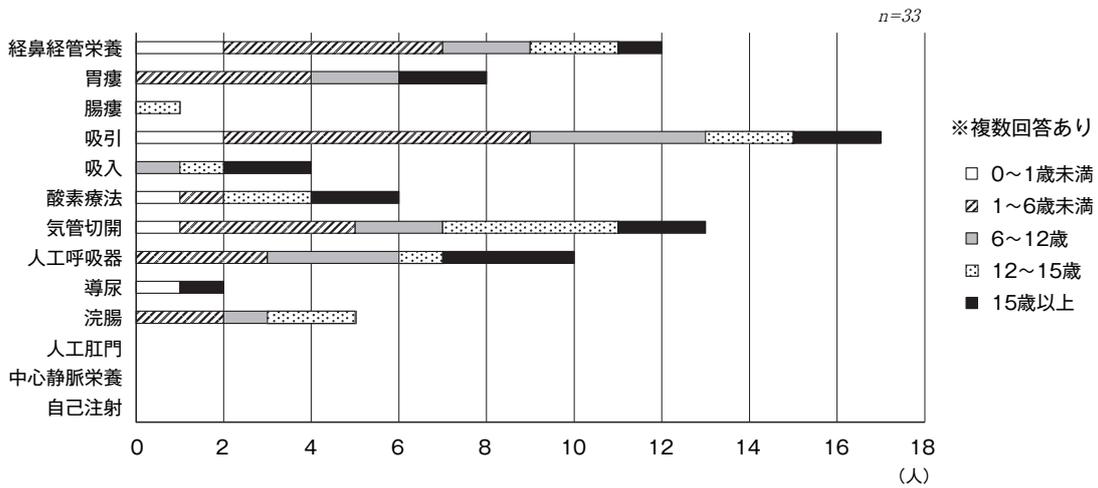


図2 医療的ケアの内容

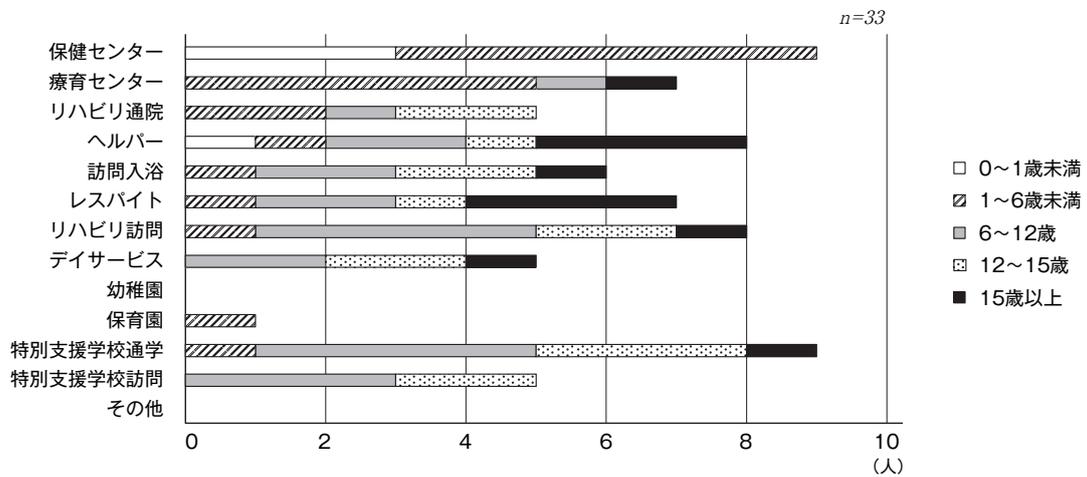


図3 利用している社会資源

2. 小児訪問看護を行う上での困難（表1）

抽出されたカテゴリーとサブカテゴリーを表1に示した。以下，【 】をカテゴリー，〈 〉をサブカテゴリーで示す。

管理者が認識する小児訪問看護を行う上での困難として，【訪問看護の対象である子どもへの看護】，【家族とのかかわり】，【在宅医療体制の不十分さ】，【ステーションの体制や小児看護経験者の不足】の4カテゴリーが抽出された。

【訪問看護の対象である子どもへの看護】は〈訪問看護の対象となる子どもの疾患の複雑さの理解〉，〈急変のリスクが高い病態への対応〉，〈採血や輸液の技術への不安〉，〈投薬量や栄養の考え方に関する知識の不足〉，〈必要な社会資源に関する知識の不足〉の5サブカテゴリーで構成された。具体的には，成長発達を考慮した支援，採血や輸液，年々新しくなっていく人工呼吸器対応などの技術，特殊な疾患が多いイメージなどから看護の難しさを感じていた。

【家族とのかかわり】は〈両親特に母親とのコミュニケーション〉，〈母親のケアへのこだわりの強さへの理解と容認〉，〈理解力が乏しい家族へのかかわり〉，〈家族の考えに共感できないことによ

る疲弊〉，〈重症の在宅療養児の家族へのかかわり〉の5サブカテゴリーで構成された。具体的には，母親のケアへのこだわりが強く，慣れるのに時間がかかる，母流のやり方とうまく折り合いをつけることが難しい，熱心な介護者もいる一方で理解力が乏しい介護者もあり，家族間でも考え方が異なると更にかかわりが難しいなどの意見があった。

【在宅医療体制の不十分さ】は〈急変時の病院との連携不良〉，〈小児の往診医の不足〉の2サブカテゴリーで構成された。具体的なエピソードとして，状態が悪化し，ステーションで対応することが難しくなり，依頼元の外来受診を調整しようとしたが，外来看護師が訪問看護師の病状報告を受け付けず，病院とのやりとりを介護者である母親を介した形で展開されたことが記述されていた。

【ステーションの体制や小児看護経験者の不足】は〈マンパワー不足による緊急時対応の負担〉，〈小児看護経験者不在に伴う不安〉，〈少数での訪問（対応）による負担〉の3サブカテゴリーで構成された。人工呼吸器など重症度の高い利用者を少ない看護スタッフで対応するには知識や技術，経験が乏しく，負担が大きいというものであった。

表1 小児訪問看護を行う上での困難

カテゴリー	サブカテゴリー
訪問看護の対象である子どもへの看護	訪問看護の対象となる子どもの疾患の複雑さの理解 急変のリスクが高い病態への対応 採血や輸液の技術への不安 投薬量や栄養の考え方に関する知識の不足 必要な社会資源に関する知識の不足
家族とのかかわり	両親特に母親とのコミュニケーション 母親のケアへのこだわりの強さへの理解と容認 理解力が乏しい家族へのかかわり 家族の考えに共感できないことによる疲弊 重症の在宅療養児の家族へのかかわり
在宅医療体制の不十分さ	急変時の病院との連携不良 小児の往診医の不足
ステーションの体制や小児看護経験者の不足	マンパワー不足による緊急時対応の負担 小児看護経験者不在に伴う不安 少数での訪問（対応）による負担

表2 小児訪問看護を行うにあたり望む条件や支援体制

カテゴリー	サブカテゴリー
人材確保	マンパワーの充実 小児科経験のある看護師の確保
研修による能力向上	小児看護の知識・技術の研修 発達を踏まえたりハビリ、コミュニケーションに関する研修 小児を対象とした制度やサービスに関する研修 ステーションへ講師が出向く勉強会 研修に行かせることができる体制づくり OJTの充実 研修の義務化と診療報酬算定の整備
訪問看護師のための相談体制の確立	相談窓口の存在 身近に相談できる人と場があること
在宅医療体制の充実	緊急時の受け入れ病院の確保 在宅医の介入 病院と在宅医との連携 関係職種や関係機関との連携の充実 情報共有を目的とした関係職種での定期的なカンファレンス 退院前カンファレンスの開催 地域でのコーディネーターとの連携 病院の医師や看護師が訪問看護を知ること
特定の医行為の容認	医療的ケアなど特定の医行為の容認
小児を対象としたサービスの充実	小児の訪問入浴サービス 医療依存度の高い子どもへのレスパイトの充実

3. 小児訪問看護を行うにあたり望む条件や支援体制 (表2)

小児訪問看護を行うにあたり望む条件や支援体制として、【人材確保】、【研修による能力向上】、【相談体制の確立】、【在宅医療体制の充実】、【特定の医行為の容認】、【小児を対象としたサービスの充実】の6カテゴリーが抽出された。

まず、マンパワー、特に小児看護の経験がある看護師の確保といった【人材確保】を望んでいた。次に小児看護の経験がない看護師への研修、訪問看護の対象になりうる小児に必要なリハビリテーションやコミュニケーション、社会制度やサービスについての研修、講師の派遣、研修の義務化による診療報酬算定の整備などを通して、【研修による能力向上】を望んでいた。さらに、訪問看護師が、担当している子どもや家族への対応について相談する場やシステム、窓口の存在など【訪問看護師のための相談体

制の確立】を望んでいた。

また、訪問看護を展開するにあたっては、【在宅医療体制の充実】、【特定の医行為の容認】を期待していた。＜小児の訪問入浴サービス＞、＜医療依存度の高い子どもへのレスパイトの充実＞といった【小児を対象としたサービスの充実】を望む声もあった。

V. 考 察

1. 小児訪問看護の実施状況

31施設中、小児の利用があった施設は11施設(35.5%)で、直近1ヶ月の利用者の平均は3.2人であり、2018年厚生労働省による「医療的ケア児の支援に向けた主な取組」で報告されている小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション(機能強化型以外)の1か月あたりの平均小児利用者数

3.1人（厚生労働省，2018）とほぼ同様であった。今後の受け入れは予定ありが9施設，「小児看護の技術・知識の習得や経験」，「マンパワーの充実」，「他機関との良好な連携」などの条件が整えば受け入れるが11施設あり，条件が整えば，小児訪問看護の実施率が上昇する可能性がうかがえた。2019年現在，国の政策として，医療的ケア児等コーディネーター養成研修等事業が推進され，県単位で養成研修が実施され始めている。また，日本看護協会や多くの都道府県の看護協会において，小児の訪問看護研修が実施されるようになってきており，家族へのかかわりを含めた小児看護の技術・知識の習得への貢献が見込まれる。

本調査で訪問していた小児の人工呼吸管理をしている割合は全体の32.3%であった。口分田らは，2015年時点の20歳未満の高度医療的ケア児は16,897名であり，そのうち人工呼吸管理を要する小児は23.2%であった（口分田，2018）と述べている。このことから，医療的ケアを要する小児の中でもより重症度や医療依存度が高いケースが訪問看護の対象になっていることが示唆された。一方，医療的ケアがない小児の利用者も8名（21.6%）いた。近年は，若年妊娠や高齢出産などのハイリスク妊娠に伴う低出生体重児の出生（佐藤，2012），核家族化や価値観の多様性による子育てしにくい環境などによる子育て困難感，産後うつ，虐待などのリスクが懸念されており，低出生体重児を育てる親の子育て困難感に対する育児支援（福原，2017）や産後うつを伴う母親への育児支援（齋藤，2014）を目的とした訪問看護も報告されている。本調査における医療的ケアがない小児も育児支援を目的とした訪問看護である可能性が考えられる。

利用している社会資源は0～1歳は保健センター，1～6歳は療育センター，6～15歳は特別支援学校やデイサービス，15歳以上ではヘルパーやレスパイトの利用が多く，小児の年代による違いがあった。全年齢でのレスパイトの利用は33名中7名（22.6%）であり，自由記述回答においても「医療依存度の高い子どもへのレスパイトの充実」が抽出されていたことから，今後は利用しない背景を調べ，対策を検討する必要がある。

2. 小児訪問看護の課題

訪問看護師が小児訪問看護に関する知識や技術に課題を感じるのは，成人・高齢者の利用者に比べて圧倒的に数が少なく（中央社会保険医療協議会，2018），経験を蓄積しにくいことや，病院勤務の経験があっても，小児科を経験する機会が成人・高齢者と比較すると少ないからだろう。小児の利用者数は少ないものの，小児は他の年代に比べて医療ニーズが高いことも報告されている（中央社会保険医療協議会，2018）。医療的ケア児のサービス提供体制の確保に向けて，医療的ケア児支援促進モデル事業や医療的ケア児等コーディネーター養成等研修事業が各都道府県や指定都市で始まっている（厚生労働省：医療的ケア児の支援に向けた主な取組，2018）。小児訪問看護に関する研修はさまざまな場所で行われるようになったが，本研究の対象である茨城県南地域の訪問看護ステーションにおいては，より重症度や医療依存度の高い子どもや育児支援についての研修テーマや研修方法を検討する必要性が示唆された。自由記述回答にあったように，ステーションに講師が出向く出張講座の方がステーションのニーズに合った研修になるかもしれない。

また，在宅療養をしている小児の成長発達を見守るには，医療・福祉・教育それぞれの分野の職種が連携していく必要があるが，介護保険の対象とならない小児の在宅療養においては，ケアマネージャーが不在であり，コーディネーターとしての機能を果たす者が明確にされていない（平原，2012）。今後はケア・コーディネーションを含む在宅療養する子どもと家族を支援する専門職の連携力の強化，支援体制の整備に向けた取り組み等が課題である（松澤，2015）。障害者総合支援法により，障害児通所支援など障害福祉サービスを利用するすべての障害児に対して，指定特定相談支援事業者（相談支援専門員）がサービス等利用計画（障害児支援利用計画）を作成することが定められ，在宅重症心身障害児をはじめとする在宅療養児の家族への支援において，相談支援専門員の役割が拡大してきている（金泉，2018）が，まだ小児にかかわれる相談員の育成は不十分で，小児を対象とした相談支援事業所数も少ないため，厚生労働省障害者政策総合研究事業田村研究班にて相談支援専門員へのスーパーバイザー

育成プログラムの立案が研究されており（谷口，2018），今後の拡大が期待される。相談支援専門員と訪問看護師とが連携し，相互に補い合いながら支援することで，より充実した家族支援が可能となる（金泉，2018）。本研究においても，小児訪問看護を行うにあたり望む条件や支援体制に【地域でのコーディネーターとの連携】が抽出されており，今後は在宅療養への移行時期から相談支援専門員とも連携を図っていくことが必要である。

在宅療養児への支援体制の充実に向けては，さまざまな取り組みがなされており，それらの事業に参画しつつ，茨城県南地域における小児訪問看護ステーションへの支援体制としては，出張講座のような研修の仕組みづくり，個々の事例に関して多職種チームでいつでも話し合えるような体制づくり，相談体制の整備など，比較的小規模な顔の見える距離で共に課題に取り組んでいくことが求められていることが示唆された。

VI. 本研究の限界と課題

本研究で抽出した小児訪問看護における困難や小児訪問看護を行うにあたり望む条件や支援体制は，自由記述回答の解釈の難しさによるカテゴリー化の限界は否めないが，調査地域における対策を講じる基礎的資料となり得ると考えている。今後は各課題への対策を計画し，実施していきたい。

VII. 結論

茨城県南地域では，35.5%の訪問看護ステーションが小児訪問看護を実施していた。また受け入れている施設の28.1%は依頼があれば受け入れるとの結果であった。今後も受け入れる予定はない訪問看護ステーション34.4%のうち，研修等で小児看護の知識と技術が習得できれば受け入れ可能と50.0%のステーションが答えている。小児利用者の56.7%が未就学児で，70.3%が医療的ケアを要していた。小児訪問看護が難しい理由として，小児看護の経験がないことによる不安や苦手意識，ケアへのこだわりが強い家族や理解力が乏しい家族へのかかわり，在宅医療体制の不十分さなどが挙げられた。今後の課

題は，より重症度や医療依存度の高い子どもや育児支援，家族へのかかわりなど，ステーションのニーズに沿った研修テーマや研修方法の検討，家族へのかかわりも含めた個別事例に関する相談体制の確立，相談支援専門員も含めた関係職種や関係機関の連携の強化である。

付記

本論文の内容の一部は，平成29年度茨城県看護研究学会において発表した。

文献

- 金泉志保美，佐光恵子（2018）：地域で生活する医療的ケアを要する子どもにかかわる相談支援専門員の行う家族支援. THE KITAKANTO MEDICAL JOURNAL, 68, 225-232.
- 厚生労働省：医療的ケア児の支援に向けた主な取組, Retrieved from http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/_icsFiles/afieldfile/2018/04/09/14-3--4_001.pdf（検索日：2019年9月27日）
- 口分田政夫，星野陸夫，佐藤清二，松葉佐正他（2018）：高度医療的ケア児の実態調査. 日本小児科学会雑誌, 122(9), 1519-1526.
- 斎藤京子（2014）：産後うつ病を伴う母親へ育児支援を通じた訪問看護師の関わり. 日本在学看護学会誌, 3(1), 64.
- 西連寺信枝，門間智子（2011）：小児の訪問看護を行う訪問看護師が抱える課題—訪問看護師たちへのフォーカスグループインタビューから—. 平成23年度茨城県看護研究学会誌, 36.
- 佐藤奈美（2018）：医療的ケアを必要とする児を持つ親への退院支援において看護師が抱える困難感. 東邦看護学会誌, 15(2), 9-15.
- 佐藤拓代（2012）：低出生体重児保健指導マニュアル～小さく生まれた赤ちゃんの地域支援～. 平成24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）重症新生児のアウトカム改善に関する多施設共同研究, 5, 大阪府立母子総合保健総合医療センター 企画調査部,

大阪.

四方麻祐子, 大橋純子 (2019): 医療的ケア児の母親が病棟から自宅で医療的ケアを習得, 実践, 習熟するプロセス—周囲のサポートと医療的ケア行動の原動力に着目して—. ヒューマンケア研究学会誌, 10(1), 25-29.

谷口由紀子: 小児在宅患者の明るい未来のための訪問看護と福祉の現状と展望—平成30年度の同時改定からみえた連携ネットワーク・人づくりへの期待—. 医学のあゆみ, 266(3), 211-217.

中央社会保険協議会: 中央社会保険協議会総会 (第370回) 資料. 2018. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000186845.pdf> (検索日: 2019年11月27日)

日本看護協会, 日本訪問看護財団, 全国訪問看護事業協会 (2013): 訪問看護アクションプラン2025 2025年を目指した訪問看護. 一般社団法人全国訪問看護事業協会. 4.

平原真紀 (2012): NICU退院児のための子育てサービス. 難病と在宅ケア, 18, 11-13.

福原里恵 (2017): 退院後に子育て困難感が顕著化し, 訪問看護を導入して育児支援した33週低出生体重事例. 日本周産期・新生児医学会雑誌, 53(2), 463.

松崎奈々子, 阿久澤智恵子, 久保仁美他 (2016): 訪問看護ステーションにおける小児の受け入れの現状と課題. 日本小児看護学会誌, 25(1), 22-28.

松澤明美, 白木裕子, 連利博他 (2015): 茨城県北・県央地域の訪問看護ステーションにおける小児訪問看護の実施状況と課題. 茨城キリスト教大学看護学部紀要, 7(1), 19-27.

研究報告

看護職志望動機に関する文献検討

— 養成機関別の分析 —

細矢智子¹⁾, 山口幸恵¹⁾, 北島元治¹⁾, 河津芳子¹⁾

A Review of the Literature on Motivation for Nursing Profession — Analysis by Training Organization —

Tomoko Hosoya, Yukie Yamaguchi, Ganji Kitajima, Yoshiko Kawatsu

抄 録

養成機関の種別（大学，短大，専門学校）による看護職志望動機を比較検討することを目的に，看護学生を対象に調査した59件の文献を分析した。対象文献全てが質問紙調査によるもので，志望動機の項目数は，短大，大学，専門学校の順で多く，専門学校に比べ大学の志望動機は多様性を示していた。志望動機の項目は，大学と短大で【選択の契機】【職業の価値認識】【経済的能力の獲得】【養成機関選択理由】【看護職への関心】【看護職志望以外の理由】【看護職への思い】【自己実現】【事象への関心】【宗教観】の10カテゴリーに，専門学校では【事象への関心】を除く同様の9カテゴリーに分類された。

看護職志向や経済的能力の獲得，「何となく」などの消極的動機は，養成機関や時代の変化に関わらず共通する志望動機となっている一方で，看護基礎教育の高等教育化に伴い，大学志向のような養成機関選択の理由が志望動機の一要因となっているといった違いが見られた。

キーワード：看護職志望動機，看護学生，大学 短期大学，専門学校

motivation for nursing profession, nursing student, university, junior college,
diploma school of nursing

I. 緒 言

看護師養成機関の状況は時代の変化と共に推移し，看護系大学（以下，大学）の数が増加する一方，看護系短期大学（以下，短大）や看護専門学校（以下，専門学校）は減少傾向にある（文部科学省，2019）。このような流れの中，入学した学生の看護

職志望動機に着目した多くの研究を分析した報告が出されてきた。

原田ら（2015）は1983年から2014年までに報告された10件の文献から看護職を目指す学生の志望動機について検討している。学生の志望動機は，時代にかかわらず「職業意識」や「資格志向」の傾向がある一方で，2000年以降に明確な志望動機がな

¹⁾常磐大学看護学部看護学科

いといった「消極的動機」から入学する学生の割合も上昇している傾向があると述べている。消極的な動機に関しては、卒業後の職業選択が看護師に直結している専門学校においても報告されている。専門学校は職業教育の観点から、学生の入学後の看護職志望動機は明確なように思われるが、実際には曖昧な志望動機や不本意な進路選択などの報告が見られる(西田ら, 2003; 吉野ら, 2009)。一方、看護系大学に関しては、学問の探求という看護教育の質的整備に始まり、高等教育へ移行してきた歴史的な経緯がある(佐々木, 2005)ため、大学へ入学した学生を対象にした研究では、看護職志望動機の調査結果に大学のカリキュラムや環境への期待といった、養成機関独自の志望動機が含まれていると報告されている(竹本, 2008; 堀井ら, 2008; 石井, 2009)。これは、看護職志望動機には職業として看護職を志望する動機に加え、それぞれの大学を選択する動機が含まれていることを示している。このように、志望動機は全体に共通するものもあれば養成機関による違いも見られ、養成機関により志望動機に差異があるのか、あるとすればどのようなものかを明らかにしたいと考えた。そこで本研究は、これまでに看護学生を対象に看護職志望動機について調査した文献から、養成機関の種別による志望動機を比較検討することを目的とした。本研究の結果は、看護師養成機関を志望した学生に関し、養成機関別による傾向の概観およびその差異を把握する一助となり、入学後の学生の学修支援やキャリア発達支援を検討する際の情報として活用できると考える。

II. 研究方法

1. 文献収集および対象文献の選定

1951年保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則の制定以降から2017年までに発表された、看護学生を対象とした看護職志望動機に関する文献を対象とした。まず、医学中央雑誌Web版とCiNii Articlesで「看護」「志望」「動機」のキーワードで検索し、それぞれ95件、147件の文献から、重複を除外した110件の文献を抽出した。これらのタイトルおよび抄録をもとに精選し、61件の文献を抽出した。

次に、対象文献を網羅するため、国立国会図書館医学中央雑誌、日本看護学会論文集を用いて、前述のキーワード検索で抽出した文献から重複を除外し、タイトルをもとに関連する文献を抽出した。これらの参考・引用文献より、タイトルをもとに関連する文献を収集した。これにより49件の文献を抽出した。

以上の方法を経て抽出した、合わせて110件の文献を概観した。本研究では、看護学生を対象に調査した文献の看護職志望動機の項目を網羅することを目指し、調査項目や結果に全ての志望動機項目が記述されている文献を精選した。よって、文献研究論文、看護職志望動機の調査項目や結果に全ての志望動機項目が記述されていない文献、内容や志望動機尺度が重複している文献を除外し、最終的な対象文献59件を選定した。

2. 文献の整理

文献毎にタイトル、発表年、調査年、志望動機の項目に分類・整理し、文献毎にカードを作成した。次に、学生の所属する養成機関(大学、短大、専門学校)別に文献を分類した。

3. 看護職志望動機の分析

養成機関別に、各文献から志望動機を表す項目を全て抜き出し、それぞれの項目の意味内容の類似性に沿ってまとまりを作成した。研究者4名で検討・集約し、サブカテゴリー、カテゴリー名を付した。養成機関別に、総項目数に占める各カテゴリー内の項目数の割合を算出した。

4. カテゴリーの信頼性の確認

カテゴリーの信頼性確保のため3回にわたり集約し、カテゴリー名の妥当性を研究者4名で検討し、決定した。

III. 結果

1. 対象文献と養成機関別の内訳

対象文献59件は全て質問紙で調査されたものであった。養成機関の内訳は、大学の学生を対象とした文献17件、短大の学生を対象とした文献25件、

専門学校を対象とした文献 18 件で、このうち大学と専門学校の双方の学生を対象とした文献が 1 件含まれていた。対象文献を養成機関別に表に示す（表 1～3）。養成機関別に文献の発表年の範囲は、大学は 1989 年から 2017 年、短大は 1982 年から 2009 年、専門学校は 1984 年から 2015 年であった。また、養成機関別の志望動機の総項目数は、大学 265 件、短大 374 件、専門学校 181 件であった（表 4）。なお、大学、専門学校の学生を対象とした文献の志望動機は、それぞれの項目数に含めた。

2. 看護職志望動機の種類

志望動機の項目は、大学と短大で【選択の契機】【職業の価値認識】【経済的能力の獲得】【養成機関

選択理由】【看護職への関心】【看護職志望以外の理由】【看護職への思い】【自己実現】【事象への関心】【宗教観】の 10 カテゴリーに分類された。専門学校では、【事象への関心】を除く同様の 9 カテゴリーに分類された。また、各カテゴリーは、単一から複数のサブカテゴリーで形成された。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを『 』で表し、カテゴリー毎に養成機関別の看護職志望動機の項目数と割合を示す（表 5）。

1) 選択の契機

このカテゴリーは、大学 59 件 (22.3%), 短大 72 件 (19.3%), 専門学校 56 件 (30.9%) の項目数で、『体験（看護師, ボランティア, 自身の入院, 家族の入院）』『身近な医療職者の影響』『他者からの勧め』『職業適性』『メディアの影響』のサブカ

表 1 対象文献・大学

発表年	著者, タイトル
1989	西郷ら, 本学学生が看護を学ぶことを決定した動機の実態
1989	西郷ら, 本学新入学生の看護選択の動機と大学教育選択の理由に関する実態調査
1996	横山ら, 聖路加看護大学入学生の看護ならびに本学の選択動機
1999	阿部ら, 看護学科を選択した動機の分析 (2) - 2 年間の看護学科入学生の比較 -
1999	横山ら, 看護学科を選択した動機の分析 (1) - 平成 10 年度入学生について -
2000	阿部ら, 看護を学ぶことを選択した動機の分析 - 教育課程の異なる 2 校間での比較 -
2003	阿部ら, 看護大学生の入学時における看護を選択した動機 - 看護専修学校生との比較 -
2006	中谷ら, 山口県立大学看護学部学生の進学動機について
2008	竹本, 看護学生の看護系大学への進学志望動機の検討
2008	堀井ら, 本学看護学生の入学時における学科志望動機 - 志望動機を反映させた教育を探る -
2008	服部ら, 看護学科新入生の入学動機と生活習慣に関する調査 - 「生活援助技術」の授業内容の検討 -
2012	池上ら, 看護学生の志望動機や満足感が学習態度に及ぼす影響
2012	田中ら, 看護系大学生の看護職を志望した動機と共依存, 自己価値感の関連
2015	上妻ら, 看護学生の入学時における学科志望動機
2016	古川ら, 看護系大学生の学習意欲に影響を及ぼす要因 - 看護師の理想イメージ, 看護学生の自己イメージ, 志望動機, 希望進路の観点から -
2016	大島ら, 看護学生のストレスと職業志望動機との関連
2017	大島ら, 看護大学生の職業志望動機とストレス

表2 対象文献・短大

発表年	著者, タイトル
1974	氏家ら, 大阪大学医療技術短期大学部看護科学生の動向 Ⅲ. 学生の入学時の状況
1976	鶴ら, 九州大学医療技術短期大学部における入学の動機および背景の推移
1978	大河原ら, 短大看護科学生入学時の'つもり'
1978	内田ら, 看護学生の看護職に対する適応過程に関する研究 第1報: 進路決定の要因と入学時の看護に対する認識および看護職への志向の強さ
1980	馬場ら, 第一回生の入学時の進路選択動機と職業観に関する調査
1981	永田, 看護婦という職業を選択した要因について
1982	鈴木ら, 本看護学科入学者に関する考察 (その1)
1996	酒井ら, 看護学生の受験理由と看護学科選択理由に関する実態 - 本学看護学科1期生の入学時調査から -
1997	酒井ら, 看護学生の受験理由と看護学科選択理由に関する実態 (第2報) - 本学看護学科2期生の入学時調査から -
1998	酒井ら, 本学看護学科学生の学校及び看護学科選択理由の検討 - 本学看護学科3期生と2期生の入学時調査を比較して -
1999	江幡ら, 日本赤十字愛知短期大学入学生における看護の進路選択動機と入学動機
2000	川村ら, 看護学生の看護婦志望理由・学習進度が看護婦のアイデンティティ形成に及ぼす影響
2000	齋藤ら, 看護学生の学科志望動機, 人生の意味・目的意識, 性格特性の関連について : PILとTEGの分析を通して
2000	奥村ら, 日本赤十字愛知短期大学における看護の進路選択動機と入学動機 - 1998年度入学生と1999年度入学生の比較 -
2000	河村ら, 看護学生における看護婦のアイデンティティ形成と志望理由・学習態度との関係
2001	岡本ら, 看護教育制度の変化と看護系短期大学の入学動機に関する考察
2002	大高ら, 看護学生の入学時の期待と満足度の実態: 入学1年後の調査から
2002	道重ら, 短大看護学生の職業レディネス別にみた志望動機, 職場選択と職業継続意識の動向
2005	羽田野ら, 看護学生の職業コミットメントに関する検討 課程および学年ならびに志望動機による比較と関連要因の検討
2005	望月ら, 学生の看護への志望動機とめざす看護師像: 看護学科第1回生入学時の調査から
2005	田中ら, 看護短大生における本学選択の動機と描く未来像
2005	小河ら, 新入短大生の職業意識と専門選択の動機に関する研究 - 第一看護科, 介護福祉科, 医療保育科の比較を通して -
2006	佐野ら, 新設看護学科に入学した学生の職業意識の変化 (第1報) 入学志望動機とその影響因子
2007	安藤ら, 新設看護学科に入学した学生の職業意識の変化 (第2報) 2期生と1期生の比較
2009	一柳ら, 看護学生の入学・職業選択動機の実態と構造

表3 対象文献・専門学校

発表年	著者, タイトル
1970	木山, 看護学生の進路決定調査
1971	松木ら, 受験生の状況についての調査
1972	松木ら, 看護学生の進路決定過程について
1984	謝花ら, 看護学生の看護婦イメージの学年別による検討 動機と意思との関連性
1986	床田ら, 看護婦志望動機についての一考察
1989	床田ら, 看護婦志望動機と経済変動
1989	小松ら, 学生の気質に対する入学動機からの検討
1993	石川ら, 看護学生の入学動機とエゴグラムとの関連性について
1995	渡邊ら, 看護学校への志望動機と職業継続意識に関する意識調査
1995	片山ら, 看護学校の入学動機と臨床実習のやる気の分析
1998	安藤ら, 看護専門学校における学生の実態調査-看護を志した動機に焦点を当てて-
2003	山森, 入学時における学生が望む看護師像
2003	西田ら, 看護専門学校に入学した大学卒業者の特徴-高校卒業者との比較を通して
2013	千葉, 看護学校在学中の看護師志望意志の変化と影響因子および職業的アイデンティティとの関連
2013	濱野, 3年制看護学校生の入学時の看護職選択理由・入学への助言の入学年度別比較
2015	上妻ら, 看護学生の入学時における学科志望動機
2015	風穴, 社会人学生の看護師志望動機と看護学校で学ぶことへの期待 一般学生との比較を通して
2015	鈴木, 看護学生の経験が内発的動機づけの維持と変化に与える影響

表4 対象文献の養成機関別内訳

養成機関	大学	短大	専門学校
文献数 (59 文献)	17 文献	25 文献	18 文献
論文発表年	1989-2017 年	1982-2009 年	1984-2015 年
看護職志望動機項目数 (件)	265 件	374 件	181 件

テゴリーで形成された。『他者からの勧め』は大学 13 件 (4.9%), 短大 13 件 (3.5%), 専門学校 17 件 (9.4%), 『身近な医療職者の影響』は大学 13 件 (4.9%), 短大 9 件 (2.4%), 専門学校 13 件 (7.2%) で, 専門学校の割合が高かった。

2) 職業の価値認識

このカテゴリーは, 大学 41 件 (15.5%), 短大 83 件 (22.2%), 専門学校 24 件 (13.3%) の項目数で, 短大で割合が多かった。『人の役に立つ』『やりがい』『社会貢献』『人を助ける』『人の世話が好き』『人に必要とされる仕事』『看護師不足を懸念』『職業イ

表5 養成機関別看護職志望動機の項目数と割合

養成機関	大学	短大	専門学校	備考	
総項目数	265件	374件	181件		
カテゴリー	サブカテゴリー				
選択の契機	体験(看護師, ボランティア, 自身の入院, 家族の入院)	59件(22.3%)	72件(19.3%)	56件(30.9%)	
	身近な医療職者の影響	23件(8.7%)	26件(7.0%)	16件(8.8%)	
	他者からの勧め	13件(4.9%)	9件(2.4%)	13件(7.2%)	
	職業適性	13件(4.9%)	13件(3.5%)	17件(9.4%)	
	職業適性	7件(2.6%)	14件(3.7%)	6件(3.3%)	
	メディア等の影響	3件(1.1%)	10件(2.7%)	4件(2.2%)	
職業の価値認識		41件(15.5%)	83件(22.2%)	24件(13.3%)	
	人の役に立つ	12件(4.5%)	16件(4.3%)	8件(4.4%)	
	やりがい	8件(3.0%)	17件(4.5%)	7件(3.9%)	
	社会貢献	6件(2.3%)	19件(5.1%)	3件(1.7%)	
	人を助ける	4件(1.5%)	2件(0.5%)	1件(0.6%)	
	人の世話が好き	3件(1.1%)	4件(1.1%)	1件(0.6%)	
	人に必要とされる仕事	2件(0.8%)	4件(1.1%)	0件	
	看護師不足を懸念	2件(0.8%)	3件(0.8%)	0件	
	職業イメージ	2件(0.8%)	5件(1.3%)	0件	
	社会的評価	1件(0.4%)	6件(1.6%)	0件	
	女性の自立	1件(0.4%)	7件(1.9%)	4件(2.2%)	
経済的能力の獲得		36件(13.6%)	50件(13.4%)	32件(17.7%)	
	資格取得	12件(3.3%)	18件(4.8%)	10件(5.5%)	
	就職に有利	8件(3.0%)	3件(0.8%)	4件(2.2%)	
	生涯就業	7件(2.6%)	10件(2.7%)	4件(2.2%)	
	将来性	3件(1.1%)	0件	2件(1.1%)	
	収入安定・高収入	3件(1.1%)	9件(2.4%)	11件(6.1%)	
	自立した人生	2件(0.8%)	2件(0.5%)	1件(0.6%)	
	経済的自立	1件(0.4%)	8件(2.1%)	0件	
養成機関選択理由		35件(13.2%)	60件(16.0%)	13件(7.2%)	
	教育への興味関心・期待	21件(12.7%)	21件(5.6%)	7件(3.9%)	
	大学・短大志向	13件(4.9%)	7件(1.9%)	0件	
	学校生活への期待	2件(0.8%)	10件(2.7%)	2件(1.1%)	
	看護職就業以外の価値	4件(1.5%)	16件(4.3%)	1件(0.6%)	
	看護師以外の資格の取得	3件(1.1%)	3件(0.8%)	3件(1.7%)	
	研究職希望	1件(0.4%)	0件	0件	大学のみ
	大学への進学	0件	3件(0.8%)	0件	短大のみ
	都会での生活	0件	0件	2件(1.1%)	専門学校のみ
看護職への関心		32件(12.1%)	30件(8.0%)	8件(4.4%)	
	看護職・看護学に興味	11件(4.2%)	12件(3.2%)	1件(0.6%)	
	医療関係・職に興味	8件(3.0%)	7件(1.9%)	3件(1.7%)	
	人間対象の職種	8件(3.0%)	7件(1.9%)	1件(0.6%)	
	コミュニケーションが好き	3件(1.1%)	0件	1件(0.6%)	
	人が好き	2件(0.8%)	4件(1.1%)	2件(1.1%)	
看護職志望以外の理由		22件(8.3%)	37件(9.9%)	22件(12.2%)	
	動機不明瞭	9件(3.4%)	12件(3.2%)	8件(4.4%)	
	成績が適合	5件(1.9%)	4件(1.1%)	1件(0.6%)	
	経済面での選択	3件(1.1%)	7件(1.9%)	6件(3.3%)	
	希望進路断念	2件(0.8%)	2件(0.5%)	2件(1.1%)	
	通学に便利	2件(0.8%)	4件(1.1%)	0件	
	希望大学不合格	1件(0.4%)	8件(2.1%)	5件(2.8%)	
看護職への思い		12件(4.5%)	28件(7.5%)	17件(9.4%)	
	憧れ・夢・希望	12件(4.5%)	28件(7.5%)	17件(9.4%)	
自己実現		20件(7.5%)	11件(2.9%)	8件(4.4%)	
	自身の成長や自己表現が可能	16件(6.3%)	9件(2.4%)	6件(3.3%)	
	世界で活躍	4件(1.5%)	2件(0.5%)	2件(1.1%)	
事象への関心		6件(2.3%)	1件(0.3%)	0件	
	人間に興味	3件(1.1%)	1件(0.3%)	0件	
	生命現象に興味	3件(1.1%)	0件	0件	
宗教観		2件(0.8%)	2件(0.5%)	1件(0.6%)	
	価値信念	2件(0.8%)	2件(0.5%)	1件(0.6%)	

メージ』『社会的評価』『女性の自立』のサブカテゴリーで形成された。『社会貢献』は大学(2.3%)、専門学校(1.7%)より、短大(5.1%)で多く、『人に必要とされる仕事』『看護師不足を懸念』『職業イメージ』『社会的評価』は専門学校には含まれていなかった。

3) 経済的能力の獲得

このカテゴリーは、大学36件(13.6%)、短大50件(13.4%)、専門学校32件(17.7%)の項目数で、『資格取得』『就職に有利』『生涯就業』『将来性』『収入安定・高収入』『自立した人生』『経済的自立』のサブカテゴリーで形成された。『収入安定・高収入』は専門学校の割合が高かった。

4) 養成機関選択理由

このカテゴリーは、大学35件(13.2%)、短大60件(16.0%)、専門学校13件(7.2%)の項目数で、短大で最も割合が多く、次いで大学に多かった。『教育への興味関心・期待』『大学・短大志向』『学校生活への期待』『看護職就業以外の価値』『看護師以外の資格の取得』『研究職希望』『大学への進学』『都会での生活』のサブカテゴリーで形成された。『大学・短大志向』は専門学校には含まれておらず、また、『研究職希望』は大学、『大学への進学』は短大、『都会での生活』は専門学校にのみ、それぞれ含まれていた。

5) 看護職への関心

このカテゴリーは、大学32件(12.1%)、短大30件(8.0%)、専門学校8件(4.4%)の項目数で、大学で最も割合が高かった。『看護職・看護学に興味』『医療関係・職に興味』『人間対象の職種』『コミュニケーションが好き』『人が好き』のサブカテゴリーで形成された。

6) 看護職志望以外の理由

このカテゴリーは、大学22件(8.3%)、短大37件(9.9%)、専門学校22件(12.2%)の項目数で、『動機不明瞭』『成績が適合』『経済面での選択』『希望進路断念』『通学に便利』『希望大学不合格』のサブカテゴリーで形成された。『動機不明瞭』は養成機関にかかわらず、3～4%含まれていた。

7) 看護職への思い

このカテゴリーは、『憧れ・夢・希望』の単一のサブカテゴリーとして表し、大学12件(4.5%)、短

大28件(7.5%)、専門学校17件(9.4%)の項目数で、専門学校で最も割合が高かった。

8) 自己実現

このカテゴリーは、大学20件(7.5%)、短大11件(2.9%)、専門学校8件(4.4%)の項目数で、『自身の成長や自己表現が可能』『世界で活躍』のサブカテゴリーで形成された。「自身の成長や自己表現が可能」は大学で割合が高かった。

9) 事象への関心

このカテゴリーは、大学6件(2.3%)、短大1件(0.3%)の項目数で、専門学校には含まれていなかった。『人間に興味』『生命現象に興味』のサブカテゴリーで形成された。

10) 宗教観

このカテゴリーは、大学2件(0.8%)、短大2件(0.5%)、専門学校1件(0.6%)とそれぞれの項目数は少なく、『価値信念』の単一のサブカテゴリーで形成された。

IV. 考 察

1. 養成機関別の文献数

対象文献となった59件の内、養成機関別にみると大学と専門学校の学生を対象とした文献数は、ほぼ同数であったが、短大は文献数が25件と最も多いものの、発表年の期間が1982年から2009年と短かった。短大の学生を対象にした研究は、2009年に発表された報告が最後になっている。その理由として、短大数の減少が考えられる。1991年(平成3年)の大学設置基準大綱化によるカリキュラム編成の弾力化や、翌年の看護師等の人材確保の促進に関する法律の施行等を契機に看護系大学設置の機運が高まり、看護系短期大学が大学に改組していく流れが、昨今の短大数の減少につながっており(日本看護歴史学会, 2014)、このことが一因と思われる。

2. 大学志向と志望動機の多様性

文献数に差がないにもかかわらず、大学の総項目数は専門学校より多く、志望動機の多様性を示している。志望動機の項目に、大学や短大で少数ではあるが『事象への関心』が見られたものの、専門学校には含まれていなかった。これは、専門学校の学生

は大学生や短大生より、後述する『他者からの勧め』『身近な医療職者の影響』や『収入安定・高収入』のサブカテゴリーにおいて項目数が多い傾向にあり、大学や短大に入学する学生とは関心の内容が異なることが推察できる。

また、大学の志望動機が多様である要因には、以下に述べるような養成機関特有の事情が影響していると思われる。つまり、専門学校は看護師を養成するための機関であり、卒業後は看護師として就業するイメージが強い。この背景には、1990年代に入って看護教育の大学化が促進されるまでは、病院等の施設における企業内教育のような形で看護師養成が行われ、学校を敷設している病院に大多数のものが就職するような状況があったためと考える。それに比べ、看護教育の大学化の急速な増加の陰には、実習病院を持たない大学、特に文系学部の多い大学で看護学部を開設している状況もあり、就職先とは直結しない。そのことから、大学では職業としての看護職志望動機だけでなく、大学独自の特徴や施設・環境面、大学志向などの理由から志望することが考えられる。竹本(2008)の報告でも、大学の学生の進学動機には看護職志向以外に、「大学での生活を楽しみたい」「大学に憧れていた」などのゆとりを想起させる動機や、「大学卒の方が、給料が高いと思った」「将来就職に有利だと思った」などの、大学の経済価値に重みを置いた動機が含まれている。今回、【養成機関選択理由】を形成するサブカテゴリーの『教育への興味関心・期待』や『大学・短大志向』が、大学で最も項目数の割合が高かった。看護職志望とは別に、大学という養成機関選択の理由が加わることで志望動機が多様となっていると考えられる。

この30年間で大学進学率の増加、さらに看護系大学の数も増加し、学生の意識は看護職志望動機のほか大学独自が展開する教育の内容へと移り、教育への興味関心・期待が高まっていると考える。大学特有の志望理由の出現は、看護基礎教育が高等教育へと移行し、大学化の流れが志望動機に反映されていることを示していると思われる。

3. 共通する看護職志向と消極的動機

【選択の契機】は、看護職を志望するきっかけと

なる出来事や周囲からの影響を示す項目である。このカテゴリーを形成するサブカテゴリーの一つである『体験(看護師、ボランティア、自身の入院、家族の入院)』は、各機関とも7~8%を占め、看護職志向を示す共通した動機と言えらる。また、看護職を志望するきっかけとなる『他者からの勧め』『身近な医療職者の影響』が専門学校で多い傾向にある。特に『他者からの勧め』は、そこから志望する理由が生じてくると捉える一方で、自ら第一選択をしていないという消極的な動機と捉えることもできる。

各機関で【経済的能力の獲得】は13~17%と一定数存在し、これらの志望動機は養成機関に影響を受けない、看護職志向を示す共通する動機と言える。先行研究では、看護職の資格がとれるという志望動機に最も多く回答したという報告(大島, 2017)や、資格の有効性や就職に困らない、給料の良さが志望動機として高いという報告(池上ら, 2012)からも、志望動機の中で資格志向が強いことがわかる。その中でも、『収入安定・高収入』のサブカテゴリーの項目数を養成機関別に見ると、専門学校に多い傾向が伺える。これは、大学生より専門学校生の方が、初任給が高いと感じた割合が多い(上妻ら, 2015)、大学生や短大生より専門学校生の方が看護職を経済的に安定した職業と捉えている割合が高い(永嶋, 2002)といった先行研究の結果と類似しており、専門学校の特徴が表れていると考える。

【看護職志望以外の理由】のカテゴリーの中の『動機不明瞭』の項目は、養成機関に関わらず3~4%含まれており、明確な看護職志望動機を持たずに入学してくる学生が、少数ではあるものの一定数存在すると考えられる。大学生を対象にした調査で竹本(2008)は、進学志望動機を因子分析し、「大学で勉強したかった」「とりあえず大学に入学したかった」などの質問項目を含む因子を「消極的動機」と命名している。この報告以前に大学生を対象とした文献で、消極的な動機の項目は見当たらない。短大の学生を対象にした研究では、鶴ら(1976)の報告に「何となく」という志望動機が表れ始め、専門学校の学生を対象にした研究では、床田ら(1989)に「動機なし」が含まれている。原田ら(2014)の文

献研究では、「なんとなく」「ほかにすることがない」などを消極的動機とし、2000年以降に消極的動機で入学する学生の割合が増えている傾向があると述べている。今回の結果から、1970年台には既に消極的動機の項目があり、養成機関に関わらず消極的な動機で入学する学生が存在することは明らかである。大島ら(2017)は、「経済的な面に惹かれた」「人に勧められた」「何となく」という志望動機が強い群は、高ストレス群の割合が高いと報告しており、消極的な動機で入学してくる学生のストレス対処への支援が必要と言える。一方で、看護師志望意思は入学後に変化し、看護師になりたいという気持ちに最も影響したことは実習であったという報告(千葉, 2013)から、入学時点で志望動機が曖昧であっても、入学後に興味・関心が持てるようなきっかけがあれば、看護師を目指す意思や気持ちが高まる可能性がある。特に実習での体験から何らかのきっかけが得られる可能性が高く、実習での指導や支援は重要と言える。また、大学に対する満足感が高い学生は授業態度がよいという報告(池上ら, 2012)から、入学後に学生が満足できるような環境を整えば、授業への参加度が高まり、看護への興味・関心につながる可能性は十分にある。以上の観点から、各養成機関で学生の入学後、教育ならびに学生支援の取り組みが重要と言える。

V. 本研究の限界

本研究では、これまでに報告された文献を対象に養成機関別に看護職志望動機を比較検討した。その結果、養成機関別の看護職志望動機について概観し、養成機関の種別による特徴や傾向とともに、各機関に共通する志望動機が明らかになった。しかし、当然のことながら、今回の結果で得られた志望動機の割合の高低が、そのまま志望動機の強弱を示すものではない。看護基礎教育の大学化の流れから、養成機関選択理由が志望動機として加わり、志望動機に大学志向が示された一方で、養成機関や時代の変化にかかわらず共通する志望動機が明らかになった。看護師養成機関は、大学、短大、専門学校のような種別のみならず、公立、私立などの設置主体や地域によっても入学する学生の状況は異なるた

め、今後も引き続き、各大学や学校で学生の状況を把握するための調査は必要と考える。

VI. 結論

これまでに報告された看護学生を対象とした研究で、看護職志望動機に関して調査項目または結果として全ての項目が示されている文献を対象に検討し、養成機関別に志望動機を比較検討した結果、以下の点が明らかになった。

1. 対象文献全てが質問紙調査によるもので、志望動機の項目数は、短大、大学、専門学校の順で多く、専門学校に比べ大学の志望動機は多様性を示していた。
2. 志望動機の項目は大学、短大で【選択の契機】【職業の価値認識】【経済的能力の獲得】【養成機関選択理由】【看護職への関心】【看護職志望以外の理由】【看護職への思い】【自己実現】【事象への関心】【宗教観】の10カテゴリーに分類された。専門学校では、【事象への関心】を除く同様の9カテゴリーに分類された。
3. 看護職志向や経済的能力の獲得、「何となく」などの消極的動機は、養成機関や時代の変化に関わらず共通する志望動機となっている一方で、看護基礎教育の高等教育化に伴い、大学志向のような養成機関選択の理由が志望動機の一要因となっているといった違いが見られた。

謝辞

本研究は、2018年度常磐大学課題研究(共同研究)の助成を受けて行った研究の一部である。

付記

本研究の一部は、第21回日本看護医療学会学術集会で発表した。

引用文献

千葉朝子(2013): 看護学校在学中の看護師志望意思の変化と影響因子および職業的アイデンティ

- ティとの関連, 国立病院看護研究学会誌, 9 (1).
- 古川秀敏, 小出水寿英, 山口恭平他 (2016): 看護系大学生の学習意欲に影響を及ぼす要因 看護師の理想イメージ, 看護学生の自己イメージ, 志望動機, 希望進路の観点から, 関西看護医療大学紀要, 8(1).
- 原田彩奈, 森山明美, 佐久間夕美子 (2015): 看護職志望動機に関する文献検討 40年間の時代の変化を踏まえて, 看護展望, 40(1).
- 堀井直子, 三浦清世美, 久米香他 (2008): 本学看護学生の入学時における学科志望動機 志望動機を反映させた教育を探る, 中部大学生命健康科学研究紀要, 4.
- 池上真由美, 中桐佐智子, 岡本陽子 (2012): 看護学生の志望動機や満足感が学習態度に及ぼす影響, *International Nursing Care Research*, 11 (1).
- 石井俊行, 坪井敬子 (2009): 看護系大学1期生の志望動機と看護に関する捉え方, 広島国際大学看護学ジャーナル, 6(1).
- 上妻瑞江, 安友裕子, 山中克己他 (2015): 看護学生の入学時における学科志望動機, *Nagoya Journal of Nutritional Sciences*, 1.
- 文部科学省 (2019): 2019年度看護系大学に係る基礎データ, https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/.../1417062_4_1.pdf (検索日: 2019年9月10日)
- 永嶋由理子 (2002): 看護学生の学習意欲の検討, 山口県立大学看護学部紀要, 5.
- 日本看護歴史学会編 (2014): 日本の看護のあゆみ -歴史をつくるあなたへ-, 第2版改題版, 日本看護協会出版会, 99.
- 西田絵美, 勝眞久美子, 上平悦子 (2003): 看護専門学校に入学した大学卒業者の特徴 -高校卒業者との比較を通して-, 日本看護学会論文集 看護教育 34.
- 大島和子, 福島和代 (2017): 看護大学生の職業志望動機とストレス, *心身健康科学*, 13(2).
- 佐々木秀美 (2005): 歴史に見るわが国の看護教育 -その光と影-, 青山社, 333-345.
- 竹本由香里 (2008): 看護学生の看護系大学への進学志望動機の検討, 宮城大学看護学部紀要, 11 (1).
- 床田弘子, 若林榮子, 鈴木けい子 (1989): 看護婦志望動機と経済変動, 看護展望, 2.
- 鶴コトミ, 大津みき (1976): 九州大学医療技術短期大学部における看護学生の入学動機及び背景の推移, 看護教育, 17(4).
- 吉野ひろ子, 川田淳子, 主演治子他 (2009): 看護専門学校 (3年課程) における学生が学業継続をはかる要因, 東京都福祉保健医療学会誌平成20年度受賞演題論文集.

研究報告

茨城県における精神疾患を有する在宅療養者への 訪問看護の現状と訪問看護事業所管理者の困難感

池内彰子¹⁾, 福田大祐²⁾, 長谷川陽子³⁾

Current Status of Visiting Nursing for Home Care Patients with Mental Illness
and Difficulties of Visiting Nursing Managers in Ibaraki Prefecture

Shoko IKEUCHI, Daisuke FUKUTA, Yoko HASEGAWA

抄 録

目 的：本研究は、茨城県における精神疾患療養者への訪問看護の現状と、管理者の困難感を明確にすることを目的とした。

方 法：茨城県内で精神疾患療養者への訪問看護に対応している訪問看護事業所の管理者を対象に質問紙調査を実施した。

結 果：訪問看護師は全体の71.4%が精神科病棟での臨床経験を有していなかった。また、利用者である精神疾患療養者の多くが中高年者で、身体疾患を併発し多方面からの医療的管理を継続的に必要としていた。さらに、管理者の抱く困難感は、【精神疾患療養者への個別対応の困難さ】【家族への対応、関係調整に伴う不全感】【スタッフに必要となる精神的支援と教育】【対象者の問題解決に伴う困難感】【訪問看護事業所の運営に伴う困難感】【他職種、地域との連携がうまくいかない】【利用者、家族の訪問看護に対する認識不足による関わりの難しさ】の7カテゴリーに集約された。

結 論：本研究結果から、利用者の高齢化に伴い、医療的管理の他に生活全般への支援の必要性、訪問看護師の専門性を高めるための教育の充実化、および精神科医師との密接な連携の必要性が課題として示された。

キーワード：精神疾患療養者、訪問看護、管理者、困難感

person with mental illness being treated at home, home-visit nursing, visiting nursing managers, feeling of difficulty

I. 緒 言

わが国の2017年の精神科病院入院患者数は25.2

万人で、入院患者総数の約20%となり、年々緩やかな減少傾向を示している。また、近年の精神科新規入院患者の入院期間は短縮傾向にあり、2017年

¹⁾常磐大学看護学部看護学科

²⁾常磐大学看護学部看護学科

³⁾茨城県立医療大学大学院保健医療科学研究科博士前期課程

の精神病床の平均在院日数は267.7日で、過去10年間で54.7日短縮した(厚生労働省, 2018)。これは、2004年の厚生労働省による「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で、精神疾患患者の地域での生活中心に向けた基本方針が明示され、退院促進や入院医療の急性期への重点化が進み、短期間の入院日数で退院していく患者が増えているからである。

このような、近年の精神疾患療養者の地域生活移行支援の中心的役割を担っているのが訪問看護である。2016年の全国の訪問看護ステーション利用者の主傷病で、最も多いのは「精神及び行動の障害」で5年前の調査と比較して増加率が5.86倍を示し、精神疾患療養者の訪問看護利用が急増している(厚生労働省, 2017)。このことから、精神疾患療養者が地域生活を継続していく上で訪問看護に対するニーズが高いことが伺える。

精神疾患療養者が地域生活を継続していく上での訪問看護の重要な役割として、退院後の体調管理が挙げられる。精神病床からの退院患者の再入院率は、退院後6ヶ月時点が約30%、1年時点では約37%と他の慢性疾患に比べ高い割合を示す(厚生労働省, 2018)。特に統合失調症などの精神疾患をもつ療養者は、急性期を脱しても精神症状が不安定になりやすく、継続的な症状コントロールや服薬の管理が必要となる。さらに、抗精神病薬の副作用による影響で、循環器系と代謝内分泌系疾患等の身体合併症をもつ者が多く(渕野, 2014)、これらの身体合併症に対する管理も必要になる。

一方で、精神疾患療養者のケアに苦手意識をもっている訪問看護師は少なくないという指摘がある(柴田, 2018)。その理由の1つに、精神科病棟での臨床経験のない訪問看護師の精神疾患療養者への対応の困難さが挙げられる。萱問ら(2011)の全国の訪問看護ステーションの調査では、精神科病棟での臨床経験のある看護師がいる訪問看護ステーションは全体の35.8%であり、全体の6割を超える訪問看護ステーションでは、精神科病棟での臨床経験のない看護師だけで、精神疾患療養者への訪問看護を実施している現状が報告された。

また、訪問看護師が抱く精神疾患療養者への対応の困難感や不安をもたらし要因として林(2009)は、訪問看護師が必要と考える支援と、利用者が

求める支援との間に違いが生じ、その違いを埋めることに訪問看護師が消耗している現状について報告した。さらに、訪問看護師が行った支援に対し、利用者から評価が得られにくいことが指摘されている(飯村, 2009)。訪問看護師が困難感や不安を抱えた状態で提供されるケアは、精神疾患療養者と家族の支援として適切に効果を発揮し得ないだけでなく、訪問看護師の離職につながるリスクにもなり得る(楯原ら, 2010)。したがって、早急に精神疾患療養者への訪問看護における看護師が抱える困難感の実情を明らかにし、その解決に向けた方策が必要となる。

ところで、茨城県の精神医療に関する現状は、2017年の精神科病院平均在院日数が328.7日で、全国平均の267.7日に比べて多い。一方で、精神科病院の年間退院患者数は6566人で、年間入院患者数の6439人を上回っている(茨城県, 2017)。日本看護協会の調査によると、2013年の都道府県における人口10万人あたりの訪問看護ステーション数は、茨城県は4.7で全国の7.0に比べ少ない。しかし、2018年における茨城県内の訪問看護ステーション数は155施設あり(全国訪問看護事業協会, 2018)、その中で、精神疾患療養者への看護を対応可能とする訪問看護ステーションは約100施設、さらに、訪問看護が可能な精神科病院は約40病院を数え、微増傾向にある。

このように、訪問看護は、茨城県内の精神科病院を退院した精神疾患療養者の在宅支援の主要な担い手として期待されている。しかし、在宅精神疾患療養者に提供されている具体的な支援の実際については明確にはされていない。そこで、茨城県の精神科訪問看護サービスは実際にはどのように展開されているのか、その実態を明確にし、現在の精神科訪問看護は精神疾患療養者と家族のニーズに適切に対応できているのか、またはそこでの課題は何かを捉え、課題解決に向けた方策を検討したい。本研究は、その第一段階として、茨城県の訪問看護事業所が提供している精神科訪問看護サービスの実態を明らかにし、その精神科訪問看護サービスを提供するにあたり、訪問看護事業所の管理者はどのような困難感を抱えているのかを明確にする。

II. 研究目的

本研究は、茨城県において精神疾患療養者と家族への地域生活支援として主要な役割を果たしている、現在の精神科訪問看護サービスの実態と、訪問看護事業所を運営していくうえでの管理者の困難感を明確にすることを目的とする。

III. 研究方法

1. 調査期間

本研究の調査は、2018年12月～2019年2月に実施した。

2. 調査対象施設および調査対象者

調査対象者の選定方法は、最初に公益社団法人茨城県看護協会に登録している訪問看護ステーションの中で、指定自立支援医療の登録をし、精神疾患療養者に対応可能としている訪問看護ステーション102施設、および茨城県のホームページに情報公開されている精神科病院併設の訪問看護事業所40施設を抽出した。次に、その中で調査時点において業務が停止中、または移転等により住所が不明確となっている事業所を除外し、最終的に101事業所を調査対象施設とし、その事業所の管理者を調査対象者とした。

3. 対象施設への研究協力依頼方法

本研究における研究協力依頼は、調査対象事業所の管理者あてに研究協力依頼説明書、および無記名の質問紙調査票を送付し、研究協力を承諾する場合は、質問紙調査票に回答を記入のうえ返送することを依頼した。質問紙調査票の返送をもって研究協力の承諾とした。

4. 調査内容

本調査で用いた自記式質問紙調査票は、次の内容から構成された。1) 精神科病院訪問看護室、および訪問看護ステーションの概要（訪問看護師の人数・年代、精神科病棟臨床経験、直近1ヶ月間の訪問看護全件数、直近1ヶ月間の精神疾患療養者への訪問件数、直近1ヶ月間の困難事例件数、および困

難事例ととらえた理由）2) 訪問看護を提供している精神疾患療養者について（年代、性別、疾患名、現在の生活状況、入院経験について、身体合併症について）3) 訪問看護師に対し実施している主な教育・研修内容。4) 現在、管理者として困難と感じること、および訪問看護事業所内での課題ととらえている事柄。

5. データ分析方法

得られたデータは単純集計した。また、訪問看護利用者数、訪問看護件数、困難事例件数は平均値を算出した。

管理者としての困難感、および訪問看護施設内で課題とされている事柄については自由記述で文章による回答を得た。自由記述記載内容の分析方法は、ベレルソンの内容分析の手法を参考にした。ベレルソンの手法を紹介した舟島（2007）の著書に従い、次の手順で分析を行った。最初に、記載内容の文脈を損ねたり歪めたりしないように、すべてデータ化し文脈（コード）ごとに分けた。その上で、すべてのデータを精読し、意味内容の類似性に基づいて分類し、意味内容ごとに類型化されたデータの集まりに、カテゴリとして、そのデータの意味を代表するラベルネームをつけた。さらに、分析を担当した者以外の者が、それらのコードがどのラベルネームに分類されるのか当てはめて確認をした。最終的に、研究責任者と研究分担者2名で分析結果を照合し、カテゴリごとの記録単位数の一致率を算出した。一致率が70%以上を示すまで協議し、結果の信頼性、妥当性を確保した。

6. 倫理的配慮

研究対象者に対し、本研究を行うにあたり生じる可能性のある、負担やリスク等への対応について文書で説明した。研究依頼文書には、研究への参加は研究対象者の自由意思に基づくものであることを明記し、強制力が働かないように配慮した。

本研究では、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守し、研究対象者の個人情報を取り扱った。また、本研究は、常磐大学常磐短期大学研究倫理委員会の承認（承認番号100087）を得て行った。

IV. 研究結果

1. 調査概要

質問紙調査票は101部配布し35部回収され、回収率は34.7%であった、また、調査項目において欠損値がみられた調査票1部を除外し、有効回答率は33.7%であった。

2. 調査結果

1) 対象事業所における訪問看護の概要

調査対象とした34事業所の直近1ヶ月の訪問看護利用者総数の平均は62.2人で、そのうち平均16.1人が精神疾患療養者であった。また、直近1ヶ月の訪問看護件数は平均288.3件で、精神疾患療養者への訪問看護はその23.3%にあたる67.2件、1日あたりにすると平均3.2件であった。加えて、直近1ヶ月の精神疾患療養者への訪問看護平均件数67.2件のうち、10.0件を特に対応が難しい事例としてとらえ、全体の44.2%の事業所が1ヶ月に1件以上の緊急時の訪問に応じていた(表1)。

また、記述された対応が難しい事例の具体的内容は、「訪問看護師が妄想の対象になってしまう」「訪問看護師への暴言」「地域住民への迷惑行為が多い」「部屋の入室を拒否する」「清潔ケアの拒否」「服薬の拒否」等であった。

一方、各事業所でのスタッフへの教育・研修の実施状況については、全体の61.8%の事業所の管理者は「なるべく研修に行けるような配慮を行っている」と回答し、34.3%の事業所管理者が「スタッフを研修に行かせられるだけの人的な余裕がない」と回答した。さらに、スタッフが受けている主な研修内容は、茨城県看護協会主催の訪問看護に関する研修という回答が全体の32.3%で最も多く、次に、訪問看護事業所の併設病院または、設置法人主催の研修への参加という回答が20.6%であった。また、地域ケア会議、事例検討会等に参加することで、他の事例からの学びを実践につなげるという回答が14.7%あった。

る」と回答し、34.3%の事業所管理者が「スタッフを研修に行かせられるだけの人的な余裕がない」と回答した。さらに、スタッフが受けている主な研修内容は、茨城県看護協会主催の訪問看護に関する研修という回答が全体の32.3%で最も多く、次に、訪問看護事業所の併設病院または、設置法人主催の研修への参加という回答が20.6%であった。また、地域ケア会議、事例検討会等に参加することで、他の事例からの学びを実践につなげるという回答が14.7%あった。

2) 訪問看護師の概要

調査対象事業所の訪問看護師の人数は平均7.0人であった。性別では、女性全体の71.4%、男性が28.6%であった。訪問看護師の年齢は40歳代が全体の41.6%で最も多く、次いで50歳代が26.4%、30代が21.0%、60代が8.4%の順であった。また、対象事業所の訪問看護師で、精神科病棟での臨床経験のない者が全体の71.4%であった(表2)。

3) 利用者の概要

調査対象事業所の利用者である精神疾患療養者の年齢は、平均して40歳代が最も多く全体の26.5%、次に50歳代が22.2%、60歳代が18.5%、30歳代が15.9%、70歳代が10.8%であった。また、利用者の性別は、女性が全体の53.3%、男性が46.7%であった。精神疾患療養者の利用者全体の37.5%が独居で、生活上の主な支援者は、全体の33.3%が親と回答し、次に24.6%が配偶者、21.9%が兄弟、10.8%が子、9.4%が身内以外という回答であった(表3)。

利用者である精神疾患療養者の主な疾患は、統合

表1 訪問看護事業所における直近1ヶ月の訪問看護の概要

項目	mean	SD
訪問看護利用者数	62.2	36.5
精神科訪問看護利用者数	16.1	15.4
訪問看護件数	288.3	233.1
精神科訪問看護件数	67.2	63.8
精神科対応困難件数	10.0	4.0
緊急時訪問対応件数	事業所数 n=34	
	0件	19
	1~2件	10
精神疾患療養者への対応	3~4件	2
	5~6件	2
	7~8件	1

表2 訪問看護師の概要

項目	n	%	
性別	女性	170	71.4
	男性	68	28.6
年齢	40歳代	99	41.6
	50歳代	63	26.4
	30歳代	50	21.0
	60歳代	20	8.4
	20歳代	5	2.1
精神科臨床経験	なし	170	71.4
	あり	68	28.6

注) 34事業所の訪問看護師平均人数: 7.0人 N = 238

失調症が全体の74.2%を占め、4回以上の入院経験をもつ利用者が全体の25.7%、2～3回の入院経験が23.2%、入院経験のない利用者は全体の20.2%であった。また、精神疾患療養者全体の23.3%が高血圧、21.2%が便秘症、17.5%が糖尿病、14.4%が高脂血症等の身体合併症を有し、継続的に日常生活上の管理が必要であった(表4)。

4) 管理者が抱く困難感

現在、事業所で提供している精神疾患療養者に対する訪問看護に関し、管理者としてどのようなことに困難感を抱いているのか自由記述で回答を求めた。回収されたすべての自由記述内容を精読し、分析対象となる記述内容を抽出した。抽出された記述内容は120の記録単位に分割できた。このうち、抽象度が高く、意味が不明瞭であった14記録単位を除く106記録単位を分析した。その結果、精神疾患療養者への訪問看護に対する管理者の困難感を表す18の同一記録単位群が形成された。さらに、この18の同一記録単位群は7カテゴリーに集約された。

また、カテゴリー分類への一致率は78.6%であり、集約された7カテゴリーは信頼性を確保していることが示された。以下、カテゴリー【 】、同一記録単位群< >、記録単位数()で示す。

最も多い記録単位数から形成されたカテゴリー

表3 精神疾患療養者の概要

項目	n	%	
性別	女性	290	53.3
	男性	254	46.7
年齢	40歳代	144	26.5
	50歳代	121	22.2
	60歳代	101	18.5
	30歳代	86	15.9
	70歳代	59	10.8
	20歳代	33	6.1
同居者の有無	有	340	62.5
	無	204	37.5
生活の主な支援者	親	181	33.3
	配偶者	134	24.6
	兄弟	119	21.9
	子	59	10.8
	身内以外	51	9.4

N = 544

は、【精神疾患療養者への個別対応の困難さ】(22)で、全体の21.0%を占めた。このカテゴリーには、同一記録単位群の<個別的で多様な対応が必要>(13)、<利用者の言動への対応の難しさ>(9)が含まれた。次に多いのは、【家族への対応、関係調整に伴う不全感】(17)で全体の16.0%であった。このカテゴリーには、同一記録単位群の<家族関係調整の難しさ>(10)、<家族への精神的支援の必要性>(7)が含まれた。

さらに、【スタッフに必要となる精神的支援と教育】(15)は全体の14.2%で、このカテゴリーには、同一記録単位群の<常にスタッフへの精神的支援が必要>(10)、<スタッフへの教育の重要性>(5)が含まれた。また、【対象者の問題解決に伴う困難感】(15)は全体の14.2%で、このカテゴリーには、同一記録単位群の<治療継続への支援が困難>(5)、<精神症状悪化時の対応が十分でない>(4)、<即時的な病状の判断が困難>(4)、<身体合併症への対応が不十分>(2)が含まれた。【訪問看護事業所の運営に伴う困難感】(14)は全体の13.2%で、同一記録単位群の<訪問看護師の不足>(6)、<訪

表4 精神疾患療養者の疾患および入院経験

項目	n	%	
精神疾患 診断名	統合失調症	404	74.2
	うつ病	66	12.2
	双極性障害	31	5.7
	認知症	24	4.4
	発達障害	18	3.4
合併している 身体疾患 (複数回答)	高血圧	127	23.3
	便秘症	115	21.2
	糖尿病	95	17.5
	高脂血症	78	14.4
	白癬症	66	12.1
その他	心疾患	15	2.8
	がん・パーキンソン病・肝機能障害・肥満	9	1.7
精神科病院 入院経験	4回以上	140	25.7
	2～3回	126	23.2
	1回	118	21.7
	入院経験なし	110	20.2
	不明	50	9.2

N = 544

問以外の電話対応に伴う負担感> (5), <利用者の都合に合わせた訪問時間の設定が難しい> (3) が含まれた。【他職種, 地域との連携がうまくいかない】(14) は全体の13.2%で, 同一記録単位群<医師との連携への不安> (6), <行政, 専門機関との連携不足> (5) <地域住民との連携が必要> (3) が含まれた。【利用者, 家族の訪問看護に対する認識不足による関わりの難しさ】(9) は全体の8.5%

で, 同一記録単位群<利用者・家族の訪問看護に対する誤った認識> (6), <利用者の訪問看護の必要性の理解不足> (3) から形成され, 記録単位数の多いカテゴリーには, 精神疾患療養者と家族への対応の難しさや, 精神疾患療養者に対応するスタッフを支え, 教育していくことの必要性を示す内容が含まれた(表5)。

表5 訪問看護事業所管理者の困難感

カテゴリー	記録単位数 (%)	同一記録単位群 (): 記録単位数
精神疾患療養者への個別対応の困難さ	22 (21.0)	個別的で多様な対応が必要 (13) 利用者の言動への対応の難しさ (9)
家族への対応, 関係調整に伴う不全感	17 (16.0)	家族関係調整の難しさ (10) 家族への精神的支援の必要性 (7)
スタッフに必要となる精神的支援と教育	15 (14.2)	常にスタッフへの精神的支援が必要 (10) スタッフへの教育の重要性 (5)
対象者の問題解決に伴う困難感	15 (14.2)	治療継続への支援が困難 (5) 精神症状悪化時の対応が十分でない (4) 即時的な病状判断が困難 (4) 身体合併症への対応が不十分 (2)
訪問看護事業所の運営に伴う困難感	14 (13.2)	訪問看護師の不足 (6) 訪問以外の電話対応に伴う負担感 (5) 利用者の都合に合わせた訪問時間の設定が難しい (3)
他職種, 地域との連携がうまくいかない	14 (13.2)	医師との連携への不安 (6) 行政, 専門機関との連携不足 (5) 地域住民との連携が必要 (3)
利用者, 家族の訪問看護に対する認識不足による関わりの難しさ	9 (8.5)	利用者, 家族の訪問看護に対する誤った認識 (6) 利用者の訪問看護の必要性の理解不足 (3)

記録単位数総数 : 106

V. 考 察

1. 茨城県の精神疾患療養者への訪問看護の現状

2016年における茨城県の通院中の精神疾患療養者数は36,130人で, 疾患別にみると統合失調症が最も多く13,297人で全体の36.8%を占めている(茨城県, 2017)。本調査結果からも, 訪問看護利用者である精神疾患療養者の主な疾患は, 統合失調症が全体の74.2%を占めていた。つまり, 在宅で生活

しながら, 通院や訪問看護等の医療的な管理が必要な精神疾患療養者の多くは統合失調症の療養者であった。さらに, 利用者である精神疾患療養者の約49.0%は精神科病院に入退院を繰り返しており, 年齢別で見ると, 全体の78.0%が40歳代から70歳代の中高齢で, その多くが身体疾患を併発していた。これらのことから, 茨城県内の訪問看護を受けている精神疾患療養者は, 精神疾患の症状コントロールや身体疾患の管理, さらに加齢による身体的な衰え

に対する対応など、心身両面からの医療的管理を継続的に必要とする利用者であることが明らかになった。

また、本調査結果では、精神疾患療養者の利用者全体の37.5%が独居であり、全体の33.3%が親による生活の支援を受けていると回答した。このような精神疾患療養者が、親からの直接的な生活支援が得られなくなった後、地域生活を継続するためのさらなる多様な支援が必要になることは自明といえる。これらのことから、本調査による茨城県の精神科訪問看護の実状として、今後の精神疾患療養者への訪問看護には、医療的管理の他に利用者の高齢化に伴う経済的な問題、社会資源の活用、地域住民との付き合いなど社会的な側面を含めた生活全般の支援が求められていることが示唆された。瀬戸屋ら(2008)は、全国精神科訪問看護の事業所で提供されているケアの内容に関する調査結果として、身体症状の発症や進行を防ぐ予防的なケアと、対人関係、家族関係の調整や社会資源への働きかけを通し、対象者がさまざまな環境に対応できる対処能力を高めるためのケアを重要な看護行為として報告した。つまり、今後、茨城県の精神疾患療養者への訪問看護で求められる、医療的管理や社会資源の活用、地域住民との付き合いなど生活全般に関する支援には、利用者自らが心身の症状を管理し、さまざまな状況の変化への対処能力を身につけられるように、リカバリーを志向した看護の視点が必要となる。

一方、飯村(2009)は、精神科病棟での臨床経験のない看護師が、精神科訪問看護に携わるうえで、精神疾患療養者の訴えに対する対応や、精神症状の判断に自信が持てず、精神疾患療養者が訴える精神症状を受け止めていくことに陰性感情を抱いていることを報告した。本調査結果から、精神疾患療養者への訪問看護を提供している看護師は、精神科病棟での臨床経験のない者が全体の71.4%を占めていた。これらの訪問看護師も、精神疾患療養者への訪問看護に自信のなさや陰性感情を抱いている可能性について推察できる。特に精神科病院への入退院を繰り返す利用者には、精神症状の把握、服薬状況の確認の他に睡眠や食事など生活全般にわたっての関わりが必要になる。精神科病棟で精神疾患患者の

生活の援助を直接経験していない訪問看護師にとっては、精神疾患療養者の生活に密に接してコミュニケーションをとり、さまざまな観点からアセスメントをしていくプロセスに戸惑いを覚えることが少なくないと考えられる。

加えて、医療ニーズが高く、定期的かつ継続的な看護を必要とする精神疾患療養者への訪問看護には、精神疾患療養者の特性を理解したコミュニケーションスキルや、心身の症状に対する適切なアセスメントが求められ、特に精神科病棟での臨床経験のない看護師には、それを学習する機会が必要になる。しかし、各事業所での訪問看護師の教育や研修について、全体の61.8%の管理者が「なるべく研修に行けるような配慮を行っている」と回答し、その一方で34.3%の管理者が「スタッフを研修に行かせられるだけの人的な余裕がない」と回答した。つまり、訪問看護師にとって必要な研修に行くことが必ずしも可能とはいききれない現状の中で、地域ケア会議や事例検討会等に参加すること、訪問看護事業所の併設病院、または設置法人主催の研修に参加することを通し、訪問看護師の学習の機会を作る努力がなされていた。これらのことから、管理者が抱えている、スタッフの教育に関する困難感について推察することができる。

2. 訪問看護事業所の管理者が抱く困難感

訪問看護事業所の管理者として、どのようなことに困難感を抱いているのか自由記述で回答を求め、その内容を分析した結果7カテゴリーを得た。

管理者が困難感を抱く内容として最も記述の多かったのが【精神疾患療養者への個別対応の困難さ】であった。このことは、本調査結果で、精神疾患療養者への1ヶ月の平均訪問件数67.2件のうち約10.0件(15.0%)を、特に対応の難しい事例としてとらえられている現状が反映されていると考えられる。そして、利用者である精神疾患療養者に対する対応の困難さの理由として、精神疾患療養者が持つ疾患による特性が挙げられる。精神疾患療養者は、その日の気候や周囲の環境等によって体調に影響されやすく、精神症状に変化をきたしやすいという特性を有している。また、思考、自我、認知機能低下によって現実検討能力が障害されると、

被害妄想等により人間関係をうまく作り適切に自分の意思を伝えることが困難になり、訪問看護師に自分の心身の変調を適切に訴えられないこともある。

武藤（2018）は、自我機能が障害された患者は、現実検討機能が低下し、空想や願望、幻想や妄想と、外界現実との区別ができず患者自身が困惑していることがあるため、患者が周囲の物理的、人的環境と調和しているかどうか、言動をよく観察し把握することが重要であると述べている。本調査結果で、対応が難しい事例として記述された「訪問看護師が妄想の対象になってしまう」「部屋の入室を拒否する」「清潔ケアの拒否」「服薬の拒否」などは、精神疾患療養者の自我機能の障害に伴い、現実検討機能が低下したことで生じた状態とも考えられる。そのため、訪問看護師にはその時の状態に応じた接近の仕方や、臨機応変な関わり方が求められ、これに対応していく中で困難感を抱え、精神的に消耗していくことが推察できる。

そして、管理者は、訪問看護師の抱く精神疾患療養者への対応に伴う困難感や精神的な消耗に対し、それを低減するために恒常的に訪問看護師への精神的な支援を行っていた。このことは、カテゴリー【スタッフに必要な精神的支援と教育】が抽出されたことから明確化された。しかし、管理者によって行われる訪問看護師の困難感、消耗感を低減するための支援は、その一方で管理者自らが困難感を抱え、疲弊することにつながりやすいという側面を持ち合わせていることを示唆している。

一方、河野（2009）が訪問看護師の負担感について調査した結果、他職種との連絡調整で、最も大きな負担感を伴うものは主治医との連絡調整であると報告した。また、山崎ら（2019）は、訪問看護師と精神科医師との連携に関する調査を行い、訪問看護師は自らの使命感や自信のなさから、医師からの助言や指示を確実に得たいと考え、相当な労力を使い医師の判断や考えを確認する行動をとっていると報告した。これらの報告は、訪問看護は主治医の指示書に基づき実施されるという前提において、訪問看護師ができるだけ主治医からの助言や指示に基づいた看護を提供したいと考える一方で、主治医の指示を仰ぎたいときにタイムリーに仰げない現状があり、その状況下で利用者の症状を適切に判断し、即

座の対応を求められる、現在の精神科訪問看護の実状に対する管理者の困難感を示唆している。そして、それは本調査結果より集約された、管理者の困難感に関するカテゴリー【他職種、地域との連携がうまくいかない】を構成する中で、最も記録単位数が多く示された、同一記録単位数群〈医師との連携への不安〉が得られたことを裏付けるものである。

加えて、現在の精神疾患療養者への訪問看護における診療報酬制度において、精神科を標榜する保健医療機関の精神科を担当する医師の指示のもと訪問看護が行われることが位置付けられている以上、精神疾患療養者への訪問看護を実施する訪問看護師と精神科医師との連携は不可欠といえる。しかし、管理者が困難感としてとらえた、不十分な精神科医師との連携の現状に関しては、その背景の1つに茨城県が抱える慢性的な医師不足が課題としてある。厚生労働省によると、2014年発表の人口10万人に対する精神科医師数は、全国平均18.0に対し、茨城県は12.0であった（厚生労働省、2014）。こうした精神科医師が少ない現状の中で年々ニーズが高まり、継続的な医療的管理、日常生活上の管理を必要とする精神疾患療養者への訪問看護を精神科医師との密な連携のもとで実践していくことが、現状としては難しい状況にあり、そのことが訪問看護事業所の管理者の困難感につながっていると推察できる。

VI. 本研究の限界と課題

本研究では茨城県における精神疾患療養者への訪問看護の実状について、訪問看護事業所の管理者の視点から明らかにした。しかし、今回の研究では、茨城県の精神疾患療養者への訪問看護の全体を詳らかにしたとは言えない。現在の茨城県における精神疾患療養者への訪問看護の実情を探求し、そこからの課題を導き出すには、実際にケアを提供する訪問看護師はどのようなことに困難感を感じ、どのような工夫や配慮をしながら訪問看護を実践しているのかという、訪問看護師の視点から現状をとらえることが求められる。さらに、訪問看護を受けている精神疾患療養者とその家族は訪問看護に対しどのような思いがあり、どのような期待を抱いているのかという、訪問看護利用者の視点に立った検討が必要に

なる。今後、これらのことを明らかにすることで、現在の茨城県における精神疾患療養者への訪問看護の全体像をとらえ、そこからの課題を明確にしたい。

VII. 結 論

茨城県における精神疾患療養者への訪問看護の現状と、訪問看護事業所を運営していく上での管理者の困難感を明確にすることを目的に、茨城県内で精神疾患療養者への訪問看護に対応している訪問看護事業所の管理者を対象に質問紙調査を実施した。その結果、以下のことが明らかになった。

1. 1ヶ月の精神疾患療養者への訪問看護の平均件数は約67.2件で、全件数の23.3%であった。さらに、その中の平均10.0件(15.0%)を特に対応が難しい事例としてとらえ、その理由は、精神疾患療養者からの暴言やケアの拒否等であった。
2. 訪問看護事業所の看護師の平均人数は7.0人で、年齢は40歳代、50歳代が全体の68.0%を占めた。また、精神科病棟での臨床経験のない訪問看護師は、全体の71.4%であった。
3. 利用者である精神疾患療養者の年齢は、40歳代から70歳代の中高年が全体の78.0%を占め、その多くが身体疾患を併発し、精神疾患の症状コントロールや身体疾患の管理、さらに加齢による身体的な衰えに対する対応など、多方面からの医療的管理を継続的に必要としていた。
4. 現在、事業所が提供している精神疾患療養者への訪問看護に関し、管理者としてどのようなことに困難感を抱いているのか自由記述で回答を求め、その内容を分析した結果、【精神疾患療養者への個別対応の困難さ】【家族への対応、関係調整に伴う不全感】【スタッフに必要となる精神的支援と教育】【対象者の問題解決に伴う困難感】【訪問看護事業所の運営に伴う困難感】【他職種、地域との連携がうまくいかない】【利用者、家族の訪問看護に対する認識不足による関わりの難しさ】の7カテゴリーに集約された。
5. 茨城県における精神疾患療養者への訪問看護の現状から、利用者の高齢化に伴う医療的管理の他に生活全般への支援の必要性、訪問看護師の専門

性を高めるための教育の充実化、および精神科医師との密接な連携の必要性などの課題について示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただいた、訪問看護事業所管理者の皆様へ心より感謝いたします。なお、本研究は、2018年度常磐大学課題研究の助成を受けて行った研究の一部である。

文 献

- 渕野勝弘 (2014)：高齢統合失調症患者の動向と身体合併症治療のあり方，日本精神科病院協会雑誌，33(7)，55-59.
- 舟島なをみ (2016)：質的研究への挑戦，第2版，東京，医学書院，40-70.
- 林 裕恵 (2009)：精神障害者を援助する訪問看護師の抱える困難，日本看護研究学会雑誌，32(2)，23-34.
- 茨城県：茨城県の精神保健福祉（平成29年度版），www.pref.ibaraki.jp（検索日：2019年9月5日）
- 飯村麻紀 (2009)：訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護に携わる精神科経験のない看護師の困難とニーズ，病院地域精神医学，51(2)，145-148.
- 萱間真美，上野桂子，羽藤邦利他 (2011)：精神医療の現状把握と精神科訪問看護からの医療政策，平成23年度厚生労働省科学研究費補助金障害者対策総合政策事業「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」，127-129.
- 河野益美 (2009)：精神科訪問看護を実施する訪問看護師の負担・困難感とストレス対処能力SOCとの関連について，梅花女子大学看護学部紀要，1，1-12.
- 厚生労働省：平成29年（2017）医療施設（動態）調査・病院報告の概況。
www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/ 17 / （検索日：2019年9月2日）
- 厚生労働省：平成30年（2018）最近の精神保健医療福祉施策の動向について，

- www.mhlw.go.jp/content/12200000/000462293.pdf (検索日：2019年9月2日)
- 厚生労働省：平成26年（2014）在宅医療の最近の動向。
- www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/.../h24_0711_01.pdf (検索日：2019年9月5日)
- 武藤教志 編著（2018）：他科に誇れる精神科看護の専門技術 メンタル ステータス イグザミネーション1，精神看護出版，東京。
- 楢原理恵，李 錦純，岩崎朱美他（2010）：訪問看護師のバーンアウトに関連する要因—A県B市における訪問看護の業務特性に焦点を当てて—，近大姫路大学看護学部紀要，第3号，43-50。
- 瀬戸屋 希，萱間真美，宮本有紀他（2008）：精神科看護で提供されるケア内容—精神科訪問看護師へのインタビュー調査から—，日本看護科学会誌，28(1)，41-51。
- 柴田滋子（2018）：訪問看護師が抱く困難感，日本農村医学会雑誌，66(5)，567-572。
- 山崎智可，林 一（2019）：身近に医師がいない精神科訪問看護未経験の訪問看護師が捉える精神科医との連携実践，日本在宅看護学会誌，7(2)，15-24。
- 全国訪問看護事業協会：平成30年訪問看護ステーション数調査結果。
- www.zenhokan.or.jp/wp-content/.../h30-research.pdf (検索日：2019年9月5日)

研究報告

社会的孤立への看護ケアに関する文献研究 — 医療機関における看護に焦点を当てて —

梅井尚美¹⁾, 田村麻里子¹⁾

A Study of The Literature on Nursing Care for Social Isolation — Focus on Nursing in Medical Institutions —

Naomi Umei, Mariko Tamura

抄録：

目的：医療機関における社会的孤立への看護ケアの実態を明らかにし、医療機関において社会的孤立への看護ケアを行う意義についての示唆を得ることを目的とした。

方法：医学中央雑誌を用いて「社会的孤立」、「看護」、「病院」等の3通りのキーワードの組み合わせで文献を検索し、計35件の文献を分析対象として文献検討を行った。

結果：文献の対象領域は精神が主であった。文献の記述から「人との関係の調整」、「家族との関係の調整」、「地域との関係の調整」の3つの看護ケアの具体的内容と看護ケアの効果が抽出された。

考察：社会的孤立は関係の孤立の状態であり、対象者に関わる看護職1人ひとりが適切な相談技術を駆使していく重要性が示唆された。また、医療機関は、地域において社会的孤立の状態にある対象者に気づき、対象者が他者と支え合う関係性を再構築もしくは新たに構築することによって、再びその人らしく地域で暮らしていくことを支援できる場であり、医療機関において社会的孤立への看護ケアを行う意義は大きいと考えられた。

キーワード：社会的孤立, 看護, 医療機関, 文献研究

social isolation, nursing, medical institutions, literature review

I. 緒言

厚生労働省では、団塊の世代が75歳以上となる2025年までに地域包括ケアシステムの構築を推進するとしており、地域包括ケアシステムの基本的な考え方の1つとして、地域の住民同士が相互に支

え合う互助を挙げている。また、その地域包括ケアの理念を普遍化し、高齢者のみならず生活上の困難を抱える障がい者や子どもなどが地域において自立した生活を送ることができるよう、地域共生社会の実現に向けた改革も進められている（厚生労働省、2016）。地域共生社会が提案された背景には、地

¹⁾常磐大学看護学部

域・家庭・職場等の暮らしにおける人と人とのつながりが弱まっていることが挙げられ、これを再構築することで人生における様々な困難に直面した場合でも支え合い、その人らしい生活を送ることができるような社会にしていけることが求められている。

一方、現状をみると高齢者の社会的孤立の発現率は10～30%程度（小林, 2015）という報告がある。また、健康な高齢者を10年追跡した結果から、社会的孤立の状態はその後の要介護や認知症、早期死亡とも密接に関連するという報告（斉藤, 2015）もあり、社会的孤立は健康の社会的決定要因の1つとされている。さらに、高齢者以外の社会的孤立として、足立区の第1回、第2回子どもの健康・生活実態調査（足立区, 2015と足立区, 2016）では、保護者が困ったときに相談できる相手がいることで、子どもの健康に及ぼす生活困難の影響を軽減できる可能性が示唆されている。例えば、生活困難で相談相手がいる世帯と非生活困難で相談相手がない世帯での予防接種未接種率を比較すると、非生活困難で相談相手がない世帯の方が予防接種未接種率割合が高い等の調査結果がある。

社会的孤立の背景としては、高齢者単身世帯および高齢夫婦世帯が増加していること、婚姻率の低下および離婚率の上昇によって世帯構成が変化していること、雇用労働者の比率が増えて職住が分離したことで地域との結び付きが浅い傾向にあること、生活の利便性が向上したため、心身ともに健康なうちは家族や地域の人たちとの交流をしなくても生活が成り立つこと等が挙げられている（内閣府, 2010）。つまり、社会的孤立は年代や性別に関係なく、誰しも陥る可能性がある状態であり、経済や社会の変化によって今後、社会的孤立のリスクはさらに高まっていくと考えられる。

そのような背景をふまえて、人や地域をつなぐ居場所づくりの必要性を感じた看護職等が中心となり、「暮らしの保健室」等の地域包括ケアの入口となる場が全国各地に誕生している（秋山, 2016）。秋山（2019）は「暮らしの保健室に訪れる人の相談や困りごとは、地域とつながっていない、孤立していることから起きている」と指摘している。また、英国では医学的処方に加えて、治療の一環として外来や入院の場で患者の社会的リスクを診断し、患者を地

域の活動やサービス等につなげる「社会的処方」と呼ばれる取り組みが普及しつつある（近藤, 2018）。その取り組みを受けて「日本プライマリ・ケア連合学会の健康格差に対する見解と行動指針」（日本プライマリ・ケア連合学会, 2018）では、日本において社会的処方を進めるためには個人の社会背景を評価することが求められるとした上で、医療機関の外来診療や入院治療の場で孤立を把握する取り組みを進めるべきと提言している。

現在、医療機関では看護職と医療ソーシャルワーカーが連携し、退院後の生活環境を把握して退院支援を行っている。しかし、介護保険等の公的な制度や医療介護等のサービスの利用を調整するにとどまっているのが現状である。今後は看護の対象理解の一環として社会的孤立を捉える必要性があり、高齢者のみならずすべての患者に対して社会的孤立への看護ケアを行う必要があると考えられる。そこで、本研究では文献から医療機関における社会的孤立への看護ケアの実態を明らかにし、社会的孤立への看護ケアの発展を目指すための基礎資料とした。

II. 研究目的

本研究では、医療機関における社会的孤立への看護ケアに関する文献検討を通して、これまでどのような看護ケアが行われているのかを明らかにし、医療機関において社会的孤立への看護ケアを行う意義についての示唆を得ることを目的とした。

III. 研究方法

1. 研究方法

2019年7月までに発表された文献を対象に、医学中央雑誌を用いて検索した。キーワードは、「社会的孤立」、「看護」、「病院」と「社会的孤立」、「看護」、「入院」、さらに「社会的孤立」、「看護」、「退院支援」の3通りの組み合わせとした。絞り込み条件は原著論文とし、その他（解説、総説、図説、Q&A、講義、会議録、座談会、レター、コメント、一般）は除外した。また、検索結果の文献タイトルと抄録内容および本文を精読し、医療機関での看護

ではない文献や看護ケアの記述がない文献は対象外とした。検索年数は設定しなかった。

分析対象となる文献については、医療機関における社会的孤立への看護ケアがこれまでどのような支援対象者に行われてきているのかを明確にするため、診療科別に分類した。次に、各文献の研究の種類、調査対象、支援対象者の背景、社会的孤立に関する記述について、文献レビュー・マトリックスを参考に整理した。さらに、社会的孤立に関する記述から看護ケアに関する記述を抽出して分類した。最終的に抽出した記述内容や分類については、2名の共同研究者間で意見が一致するまで討議を行い、妥当性の確保に努めた。

2. 用語の定義

1) 社会的孤立

本研究における社会的孤立とは、家族や地域社会との交流が、客観的にみて著しく乏しい状態とする(内閣府, 2010)。

2) 看護ケア

本研究における看護ケアとは、主に看護職の行為を本質的に捉えようとするときに用いられる、看護の専門的サービスのエッセンスあるいは看護業務や看護実践の中核部分を表すものとする(日本看護協会, 2007)。

IV. 結果

検索の結果、1つ目のキーワード「社会的孤立」, 「看護」, 「病院」の検索で抽出された文献は13件であった。これらのタイトルと抄録内容および本文を精読し、選定条件を満たした対象文献は9件であった。また、2つ目のキーワード「社会的孤立」, 「看護」, 「入院」の検索で抽出された文献は29件であった。同様に精読した結果、除外する文献はなかったが、うち3件が重複文献であったため、26件が対象文献となった。さらに、3つ目のキーワード「社会的孤立」, 「看護」, 「退院支援」の検索で抽出された文献は3件であったが、すべて重複文献であったため、対象文献はなかった。これら計35件の文献を分析対象とした。

1. 分析対象とした文献の概要

分析対象とした35件の文献の出版年は1998年から2016年で、研究の種類は量的研究が7件、質的研究が12件、事例研究が16件であった。まず、支援対象者を診療科別に分類すると、精神領域(以下、精神とする)に関するものが計24件、小児領域(以下、小児とする)に関するものが計5件、その他が計6件であり、精神が最も多かった。その他に分類した6件の支援対象者は、高齢の入院患者の他に結核患者や若年性神経難病患者、ドメスティック・バイオレンス(以下、DVとする)被害者、配偶者との死別体験を有する男性が含まれていた。

次に、支援対象者の背景として、社会的孤立の主な要因に着目して整理すると、ひきこもりの状態にある対象者が12件(精神が11件、若年性神経難病患者が1件)、ひきこもりではないが精神障がいを抱えている対象者が7件、病児にかかりきりの親が6件、長期入院が5件、家族の喪失が2件、そして、DV被害者、入院中の高齢者、独居高齢者が1件ずつであった。社会的孤立に関する記述については、退院支援の一環として記述されている文献が5件で、他30件の文献では病棟での看護ケアの一環として記述されていた(表1)。

2. 医療機関における社会的孤立への看護ケアの内容について

分析対象とした35件の文献の社会的孤立に関する記述から看護ケアに関する記述を抽出した結果、45の内容が含まれており、それらは「看護ケアの具体的内容」と「看護ケアの効果」の大きく2つに分けられた(表2)。看護ケアの具体的内容については20件の文献(精神16件、小児3件、その他1件)があり、34の内容が抽出された。それらを内容別に分類すると「人との関係の調整」, 「家族との関係の調整」, 「地域との関係の調整」の大きく3つに分けられた。

まず、「人との関係の調整」については24の内容が含まれ、看護職の「基本的姿勢」, 「対象者の理解」, 「相談技術」, 「対象者の力を引き出す援助」, 「退院後に視点をおいた援助」という5つに細分化された。まず、「基本的姿勢」については、看護職が対象者に関心を寄せる(杉崎, 2001)ことや傍ら

表1 文献の概要

文献番号	文献名	研究の種類	調査対象	支援対象者の背景	社会的孤立に関する記述	退院支援
精神1	磯野洋一, 小野坂益成(2016) アルコール依存症者A氏が体験している精神内界 退院後に書いた詩歌の分析より, 松蔭大学看護学部紀要, 1, 93-100	事例研究	精神科病院を退院したアルコール依存症患者	精神障がい (依存症)	アルコール依存症からの回復には、継続して信頼できる対人関係の獲得のための援助が必要である。	
精神2	大山早紀子, 大島巖(2015) 精神障害のある人が孤立することなく地域での生活を継続するための精神科デイケアと訪問支援を統合した地域ケアモデルの開発の可能性。 ソーシヤルワーク学誌, 30(31), 13-26	質的研究	デイケアと訪問支援の両機能を有した17医療機関	精神障がい	「効果的援助要素」として、《状況に応じた、近隣住民や大家、派出所などのかかわり》 《地域の関係づくり》があげられた。	○
精神3	加藤充弘, 石田正人(2015) 医療観察法における退院支援 入院後18ヵ月を超えた対象者へのかかわりを通して。 日本精神科看護学術集誌, 58(2), 126-130	事例研究	医療観察法による入院の40歳代男性1名	長期入院	繰り返し話し合い受容する姿勢は、信頼関係につながり、思いを表出できるようになっていた。共通の目標をもち、1つ1つお互いが理解を深め、段階をふんで行動していくことは動機づけになる。患者にとどめては何をしても変わらないと諦めていた気持ちや、態度や話を看護師が受容するようになり、今まで話してこなかった思いや考えを語れるようになったのではないかと考えた。	
精神4	東由紀子, 岡村美恵子, 森重弘, 他(2014) 児童・思春期精神科病棟に入院する思春期の患者の思い。 国立病院機構四国こどもとおとなの医療センター医学雑誌, 1(2), 102-107	質的研究	精神科病棟に長期入院している患者4名 (男性1名, 女性3名)	長期入院	抽出されたカテゴリーの「家族との関わりの中で感じる思い」では、サブカテゴリーとして《長期入院していることへの寂しさ》があり、外泊中も母親の仕事の都合で一緒に過ごせなかったり、長期入院していることで姉妹での共通の話題がないことが考えられた。看護師は、患者の成長歴や家族背景を踏まえ、家族が患者を受け入れられるような家族支援が必要である。	
精神5	大平美穂(2014) 菜園活動を通して退院支援を行った看護のかかわりひきこもりのある統合失調症患者の役割遂行を果たすことを目的に。 日本精神科看護学術集誌, 57(3), 73-77	事例研究	4年間ひきこもっていた男性	ひきこもり	役割を果たすことで成果が見られるものは菜園活動ではないかと考え、本人に提案し合意に基づいて実践することができた。退院前のケア会議で退院後にかかわる医療従事者との意見交換を行い、退院後の課題を明確にし、退院後の生活の不安軽減に努める必要がある。	○
精神6	岡功(2013) 精神科において長期入院患者の苦悩を明らかにする。 日本精神科看護学術集誌, 56(1), 282-283	質的研究	慢性期療養病棟に入院中の患者6名(男4名, 女2名)	長期入院	看護師は、精神障がい者自身が「自分のことを理解されている、自分のことを考えてくれる人がいる」という感覚がもてるようなサポートを行っていく必要がある。不安や恐怖、苦痛などの感情を言葉で表現できるような支持的援助を講じることが重要である。具体的な苦悩に関する内容を1つずつ把握し、それを解決するための個別的な援助策を構築することが必要であると考える。	
精神7	三木満里子, 金井由利子(2012) 長期のひきこもりから社会復帰へのアプローチ 訪問看護の事例から。 日本精神科看護学術集誌, 55(1), 196-197	事例研究	長期ひきこもりを続けた統合失調症の30歳代男性	ひきこもり	入院の効果として、主治医の薬剤の調整、規則正しい生活、リズムの立て直しなどで退院後のA氏の表情、容姿の変化があった。	
精神8	乾綾(2012) ひきこもり患者の退院援助 場の提供。 日本精神科看護学術集誌, 55(1), 84-85	事例研究	ひきこもり状態にある統合失調症の20歳代男性	ひきこもり	ひきこもり状態にある患者でも変わりたいという思いがあり、何かきっかけがあれば自立心や意欲が向上する。	
精神9	目良直子(2012) ひきこもり青年への支援における専門機関の取り組みの現状 と課題近畿圏におけるアンケート調査結果を踏まえて。 畿央大学紀要, 9(1), 13-21	量的研究	精神科医療機関、精神保健福祉センターなど	ひきこもり	人口規模の多い都市型の地域で支援の取り組みがあり、また、医療機関の協力が得られるところ	
精神10	宮崎あゆみ, 小泉素子(2011) 精神科病棟に入院した患者の自己破壊行動の理解と看護。 日本看護学会論文集・精神看護, (41), 148-150	質的研究	適応障害の女性2名	精神障がい	看護師は、患者が過去の辛かった体験や苦痛を自己破壊行動によって克服してきたことを肯定し、一方で、自己破壊行動では解決できないことを患者に伝えていく必要がある。患者の自己破壊行動に至る前に自身の思いの言語化などの援助希求行動ができたときにはそれを支持・肯定することが自己破壊行動の予防・早期介入につながるのではないかと考える。	

文献番号	文献名	研究の種類	調査対象	支援対象者の背景	社会的孤立に関する記述	退院支援
精神 11	後藤富士美, 齋藤めぐみ(2010) 抑うつ状態で入院となったひきこもり患者への看護 長期社会的ひきこもりから自立に向かう援助を振り返って。 日本精神科看護学会誌, 53(3), 110-114	事例研究	10年間ひきこもりである30歳代後半の男性患者	ひきこもり	ひきこもり患者は入院をきっかけに対人刺激を受け大きく変化する。ひきこもり状態からの脱却が抑うつ気分の軽減につながっていく。看護のありかたは、濃密な対人環境になかなか適応できず、時に被害的になりがちな患者に、保護され守られているという安心感を与え、表面的な言動に迷わされずに苦しい本人の内面を理解し、対人交流のなかから問題点を明確にし、自信を取り戻せるように、結果を焦らずに長い目で働きかけていくことである。	
精神 12	前田玲子, 岩井さとみ, 荒木菜穂子, 角野仁彦(2009) 病棟移動で揺れ動いた患者の看護「1人じゃないけんね」と表現してきた軌跡。 日本精神科看護学会誌, 52(1), 162-163	事例研究	うつ病の50代女性	精神障がい	養育環境から社会的対人スキルが乏しく、ニードが満たされないと、状況にふさわしい形で情緒不安定が表出できず、さまざまな欲動がコントロールできないでいた。問題行動だけにとらわれず、患者の真意を理解し、言動の中から具体的な目標を把握し、適応能力を引き出すことが重要である。非効果的な反応のもつ意味を考え、その刺激に関わるものが信頼関係の再構築へつながる。	
精神 13	柏瀬雅弘, 上野まゆみ, 佐竹しのぶ(2009) ひきこもり患者に解決志向型アプローチと個人SSTを用いた退院支援。 日本精神科看護学会誌, 52(2), 391-395	事例研究	33年間ひきこもりである50歳代前半の男性患者	ひきこもり	患者の強みに焦点を当てた解決志向型アプローチは有効であった。成功例をあげて自信をもたせ、すぐに行動できることの積み重ねが、外泊の実施や自信を表す言動へつながった。	○
精神 14	石黒美智子(2008) 対人関係困難からひきこもりがちな思春期患者の看護家 庭が「居場所」として機能しなくなった気分変調症の事例を 通して。 日本精神科看護学会誌, 51(2), 47-51	事例研究	不登校の経験がある10歳代後半の気分変調症の患者	ひきこもり	患者の中に人と出会うことへの欲求や前向きな気持ちを見出せば、それを支持することが「居場所」が確保できるように支援することの中枢をなすといえるのではないか。病棟は一時的に家族の役割を肩代わりする所であると同時に社会との新たな接点の場となる。	
精神 15	倉田隆明(2007) AD/HDの子どもの持つ父親の役割への介入 面接法による因子の抽出。 日本精神科看護学会誌, 50(2), 23-27	質的研究	精神科に入院中のAD/HDの子どもの持つ父親1名	病児にかかりきりの親	父親に語ってもらうことが、自己の思いや息子との関係性、家族についての考えや思いを整理する機会となった。家族成員である父親に焦点をあて、父親の考えや思いを表出できる場を提供することは父子関係や家族関係を改善する示唆を得た。	
精神 16	牧野美也子, 田中千夏, 松田美里, 他(2007) 個室入居患者の孤独感とその関連要因の検討。 看護総合科学研究会誌, 10(1), 15-29	量的研究	個室入居患者72名	精神障がい	「孤独感を感じている」と回答した者は重症室の患者が特別室より有意に多かったが、孤独感が入居環境要因では有意差は認められず、患者の性向要因(自らコミュニケーションを図りにくい性格傾向)、および身体的要因(ADL)と関連があることが分かった。	
精神 17	藤野成美, 脇崎裕子, 岡村仁(2007) 精神科における長期入院患者の苦悩。 日本看護研究学会雑誌, 30(2), 87-95	質的研究	5年以上入院中の男性26名, 女性8名	長期入院	家族と精神障害者自身のコミュニケーション不足が長期にわたって積み重ねられた結果、お互いの思いを理解することが困難となったため生じた孤独感をつのらせる結果となっていた。したがって、対象者の孤独感と家族の精神障害者に対する葛藤と自責の念の思いを共有する場もてなるならば、双方の苦悩も少しずつ軽減にむかうのではないかと思われる。これに対して医療者は、精神障害者自身が「自分のことが理解されている、自分のことを考えてくれる人がいる」という感覚がもてるようなサポートを行っていく必要がある。	
精神 18	南直寛(2007) 傍らに誰もいない不安をもった患者の看護 終のすみかに戻るために。 日本精神科看護学会誌, 50(2), 627-630	事例研究	老人ホームに夫婦で入所したが、妻の転院をきっかけに迷惑行為が始まった男性(ホームでの生活が困難となり、医療保護入院)	家族の喪失	日中は生活リズムを整えるために会話をする手をつないで散歩をしたり、昔話を聞かせてもらう。高齢者にとつて傍らに寄り添うことの重要性が再認識できた。	
精神 19	寶田穂, 武井麻子(2005) 薬物依存症者にとつての精神科病棟への初めての入院体験 1回の入院を体験した人の語りから。 日本精神保健看護学会誌, 14(1), 32-41	質的研究	入院体験者5名	精神障がい(依存症)	入院によって精神症状や身体状態は改善したが、処方薬や他の患者・スタッフとの関係で苦痛を体験していた。しかし、これからは真剣に向き合ってくれ人間は誰もいないという不信感を刷り込まれた対象者の中で、医師や看護師に「これ以上尋ねても意味がない」、意味がないならば「最初から話さない」という意識に変化した。薬物依存症での初めての入院においては、辛い感情と一緒に耐えながら耳を傾けてくれる他者、「安全感」の回復と「人間的つながり」の提供が必要である。	

文献番号	文献名	研究の種類	調査対象	支援対象者の背景	社会的孤立に関する記述	退院支援
精神 20	植山敦史(2004) 30年間自宅へ引きこもっていた統合失調症患者へのアプローチ。緊急救急病棟での看護をふり返る。 日本精神科看護学会誌, 47(2), 216-220	事例研究	統合失調症の50歳代男性	ひきこもり	事例は弟と2人家族で同一世帯で生活しているが会話は少ない状態にあった。早期に治療を受けることができていれば、30年という長期間引きこもることはなかったと考えられた。	
精神 21	野水光司(2003) 移送入院となった患者との退院への関わり 引きこもりからの脱出。 日本精神科看護学会誌, 46(2), 363-367	事例研究	統合失調症の30歳代女性	ひきこもり	入院中の声掛けや指導で患者自身に行動してもらおう関わりが自主性を引き出し、自立へとつながった。しかし、退院後に再び引きこもりがちな状態になり、退院後の地域との繋がり、福祉との連携、そして治療の継続という点では退院予定が近づいた中で、保健師との面接や通院のための交通手段の確保などの調整が必要であった。急性期病棟では病状の回復と早期退院だけでなく、患者を取り巻く社会への働きかけの重要性と、退院後に起こりうる問題への対処も考える必要がある。	○
精神 22	谷田部佳代弥、青木優子、伊藤実可、他(2002) 化粧が精神分裂病患者に及ぼす日常生活への影響について WINGの病棟行動評価表を用いた行動面からの考察。 病棟・地域精神医学, 45(3), 336-337	量的研究	慢性精神分裂病患者 女性32名	精神分裂症がい	化粧を介して看護師から共感的な思いと肯定的な言葉を受けた経験は、患者の心に何らかの形として残り、それが周囲からの引きこもりを解く一つのきっかけになったと考えられた。	
精神 23	本山俊一郎、松永文保(2001) 退院した分裂病患者におけるSST可能性 ひきこもりの治療的変容について。 病棟・地域精神医学, 44(1), 107-113	事例研究	入院中の退院した慢性分裂病患者に対するSST(社会生活技能訓練)を行った2例	ひきこもり	患者は病的なものであってもありのままだと捉えられ、他者から捉えられられないことでの確かな自己感覚を得ることが可能になった。このようなことを可能にするSSTの場合「Winnicottの中間領域」でとらえらると外的現実と内的現実の重なり合う「中間の領域」として機能しており、そのように機能して初めて、閉鎖病棟と地域社会がようやく接点をもつことが理解できる。	
精神 24	杉崎節子、掛端記代子(2001) 入院治療の必要性を感じていないひきこもり患者へのアプローチ。 日本精神科看護学会誌, 44(1), 96-99	事例研究	統合失調症疑いの30歳代男性	ひきこもり	看護者が関心を寄せ優しくされることにより患者は安心感をもって受け入れられたと感じたのだらう。そして、徐々にひきこもりを解除して、他者と関わる世界へ出てくる準備状況は整備されつつあった。怒りの表出であれ、積極的な感情の表出ととらえ、治療に有効に活用することが必要だった。病院という退行が許される場が感情表出を可能にしたと考える。	
小児 1	田中克枝、鈴木千衣、古澤陽子、他(2011) ハイリスク児をもつ母親の育児ストレスと育児支援の検討 NICU退院後1年以上経過した早期産低出生体重児について。 弘前医療福祉大学紀要, 2(1), 39-45	量的研究	NICUを退院し、家庭での養育が1年以上あり、3歳以下の子どもをもつ母親15例	病児にかかりきりの親	親側の「社会的孤立」はハイリスク群が優位に高いものであった。子どもにかかりきりになるため、生活が規制されていることが要因にあげられる。訪問保健師との継続支援が行われているが、地域における実際の接点は保健師自身の力量にまかされているところがある。そのためささいな相談事は控える場合があった。NICU退院後の育児支援は、母親のみ退院した時から子どもが退院した2~3週間以内の早期から始めることが効果的であった。障害児や境界型の子どもの母親への援助も早期に個別家庭訪問を行い、個別のニーズにあった支援が必要であった。	
小児 2	新家一輝(2009) 【病児のきょうだい支援】小児の入院と母親の付き添いがきょうだいに及ぼす影響と支援。 小児看護, 32(10), 1370-1378	質的研究	小児の入院に終日付き添っている母親301名	病児にかかりきりの親	きょうだいの問題のなかで、ひきこもりの傾向や身体的な問題、不安を強く抱き抑うつ傾向を出し現させるきょうだいがいることが明らかになった。我慢強くなったなど肯定的な変化のあったきょうだいも不安を強く抱き抑うつ傾向傾向出現している可能性がある。きょうだいの存在に目を向けて支援していく必要性がある。	
小児 3	松岡恵理、田原保江、山下由、他(2009) アトピー性皮膚炎の子どもをもつ母親の入院中の育児ストレス。 国立高知病院医学雑誌, 17, 83-89	質的研究	入院中あるいは入院加療後自宅療養している0~6歳のADの子どもをもつ母親4例	病児にかかりきりの親	アトピー性皮膚炎の子どもを持つ母親の入院における育児ストレスとして、6つのカテゴリーがあり、父親からのサポートが得られるよう家族間の調整を行うという役割も大切である。「医療者に対する遠慮」は、母親は看護師に対して援助を求めても看護師は忙しく期待するだけの援助が得られないと思っている。受け持制の効果的介入が不足しており自分の思いを言い出せない状況であった。母親と信頼関係を構築し、相談しやすい環境づくりに努める必要がある。	
小児 4	新家一輝、藤原千恵子(2008) 小児の入院と母親の付き添いが同胞に及ぼす影響 同胞の肯定的変化と肯定的変化との関係。 日本看護学会論文集:小児看護, (38), 26-28	量的研究	4~11歳の同胞がいる患児の入院に終日付き添っている母親57名	病児にかかりきりの親	同胞には否定的な変化が強く出現する傾向があり、なかには引きこもりや身体的な問題を訴えた。不安を強く抱き抑うつ傾向となるケースもある。このような特徴に注意を払うことが、同胞への具体的な支援に繋がると考える。	

社会的孤立への看護ケアに関する文献研究

文献番号	文献名	研究の種類	調査対象	支援対象者の背景	社会的孤立に関する記述	退院支援
小児5	坂口直子(1998) 極小未熟児の退院後、自宅療育を主張する虐待歴を持つ母親への援助 母親を孤独から救い、子供を虐待から守るために、臨床看護研究の進歩、10、124-135	事例研究	極小未熟児の虐待歴を持つ母親	病児にかかりきりの親	看護師が心理的に安全な場を提供することで、これまで援助者への不安、恐怖、不審という認知が修正され、だれにも話すことのなかで話すことができたと考えられた。NICUは看護者にやさしくケアされ、ねざらえを与えられ、安心と安全を感じられる場になる必要がある。虐待ハイリスクケースに地域関係者とのネットワークミーティングを行うなど関係機関と連携することで、予防的介入を担っていく必要がある。	
その他1	泉川孝子(2016) DV被害者支援における看護職の課題についての検討。保健医療社会学論集、27(1)、105-115	質的研究	DV被害者支援機関の支援者、DV被害当事者	DV被害者	支援者が、当事者を孤立させない、切れ目のない支援が必要であることを再認識した。当事者は、DVを振るう夫の感情のおもむくままに孤立する生活の中で、死を意識しながら子育てをしつつコントロールされた生活は、Selmingmanの「学習された無力感」の概念がDV被害者の心理に適合する。看護職は、DV被害者の特徴的な症状としてうつ症状、不定愁訴が多い点を理解し診療の補助に關わり、まずは声をかけることが心の扉を開ける大切な一歩となる。問診表でもいいから、相談するきっかけが必要である。	
その他2	榎田愛、八木久美子(2016) 退院後も住み慣れた農村地域で一人暮らしを切望する女性高齢者の現状。日本看護学会論文集、在宅看護、(46)、63-66	質的研究	一人暮らしを続けている80～90代の女性患者4名	独居高齢者	独居高齢者が退院後も安心して自己の望む独居生活ができるだけ長く続けられるように院内外関わらず、他職種と連携をとることが求められている。看護職として今までの生活状況や現状を理解し、独居高齢者それぞれの今後の思いを聴くことが重要である。また、家族へ独居高齢者の意思を伝え、できる限り一人暮らしが継続できるように協力を得ていくことも大切である。そのため、本人、家族の意思を表出し、お互いの思いを話し合わせるような場の援助を行う必要がある。	
その他3	梅田あさみ、河合いづみ、浜田ミチ子、他(2013) 車いす使用がQOLの向上に役立った若年性神経難病患者の1例。あきた病院医学雑誌、1(2)、67-73	事例研究	病状進行のためひきこもり状態、重度の褥瘡も抱えていた患者	ひきこもり	看護師は神経難病患者の「今できる事」を患者に残された機能を活用し援助していくことにより、生活の質の維持・向上に努める必要性がある。	
その他4	内田美鈴、代田加奈子、功刀麻理子(2011) A病院結核病棟に入院する患者のストレス。山梨県立中央病院年報、37、45-46	質的研究	結核患者5名	長期入院	患者は結核であることの嫌悪感を抱き、結核であることを人に話すのに抵抗を感じていた。結核で入院することには、社会的役割や関係性の変化を作り出し、患者は疎外感を感じていた。	
その他5	笠原潤子、松浦真理子、佐藤美奈子、他(2009) 入院中の高齢者が看護学生に表出したスピリチュアルペインの内容。老年看護教育への示唆。三育学院大学紀要、1(1)、9-10	量的研究	看護学生21名	入院中の高齢者	本研究の結果より入院中の高齢者は、自己の存在が失われることを感じたり、自分で自分のことができなくなったり、また、家族との関係性が失われることにより、生きる意味や目的を喪失することによってスピリチュアルペインを感じていると考えられた。	
その他6	鈴木はるみ、滝川節子(2005) 配偶者との死別体験を有する男性の悲嘆と関連要因に関する研究。死の臨床、28(1)、94-100	量的研究	一般病棟において配偶者との死別後1年前後から5年未満までの男性50名	家族の喪失	配偶者が1年以上入院していた者では、長期間の入院により精神的にも身体的にも疲労や不眠が重なり、物事に集中できず悲嘆反応が強いことが明らかになった。配偶者との死別後、葬送儀礼など諸行事が続くが、男性は親族との関係が急遽に修復されることはなく、逆にわずらわらしさと遠慮から親族との意思疎通が困難で、人間関係が疎遠になっていくのではないかと推察できた。また、調査時の男性は、無職のものが多くことから交流者が限られているために、社会的なネットワークとの情緒的な密着も脆くなっているとも考えられる。	

表2 文献から抽出された社会的孤立への看護ケアの具体的内容とその効果

		内 容	文献番号		
看護ケアの具体的内容	基本的姿勢	関心を寄せる	精神 24		
		傍らに寄り添う	精神 18		
		精神的な支えとなる	小児 3		
	対象者の理解	患者の成育歴や家族背景を踏まえる	精神 4		
		今までの生活状況や現状を理解する	その他 2		
		問題行動だけにとらわれず、真意を理解する	精神 12		
		非効果的な反応のもつ意味を考え、その刺激に関わる	精神 12		
	人との関係の調整	信頼関係の構築	相談しやすい環境づくり	小児 3, 精神 3	
			感情を言葉で表現できるような支持的援助	精神 6	
		相談技術	怒りの表出であれ、積極的な感情の表出ととらえる	精神 24	
			辛い感情と一緒に耐えながら耳を傾ける	精神 19	
			共感的な思いと肯定的な言葉	精神 22	
			対象のこれまでのことを肯定する	精神 10	
			援助希求行動ができたときにはそれを支持・肯定する	精神 10	
			繰り返し話し合い受容する	精神 3	
			具体的な苦悩の内容を1つずつ把握	精神 6	
			苦悩を解決するための個別的な援助策の構築	精神 6	
			対象者の力を引き出す援助	具体的な目標を把握し、適応能力を引き出す	精神 12
				人と出会うことへの欲求や前向きな気持ちを見出す	精神 14
			退院後に視点を おいた援助	今後の思いを聴く	その他 2
退院後の課題を明確にする	精神 5				
退院後に起こりうる問題への対処	精神 21				
		退院後の生活の不安軽減	精神 5		
家族との関係の調整	家族へ本人の意思を伝える	その他 2			
	家族の意思を表出できる場の援助	その他 2, 精神 15			
	本人と家族がお互いの思いを話し合える場の援助	その他 2, 精神 17			
	家族が患者を受け入れられるような支援	精神 4			
	家族間の調整	小児 3			
地域との関係の調整	保健師との継続支援	小児 1			
	他職種との連携（院内外問わず）	その他 2			
	関係機関と連携することでの予防的介入	小児 5			
	退院後にかかわる医療従事者との意見交換	精神 5			
	近隣住民や大家などのかかわり	精神 2			
看護ケアの効果	入院をきっかけに対人刺激を受ける	精神 11			
	心理的に安全な場が提供される	小児 5			
	「安全感」を回復する	精神 19			
	保護され守られているという安心感を感じる	精神 11			
	対象者が安心感をもって受け入れられたと感じる	精神 24			
	「自分のことを理解されている、自分のことを考えてくれる人がいる」という感覚がもてる	精神 6, 精神 17			
	病院という退行が許される場が感情表出を可能にする	精神 24			
	相談するきっかけとなる	その他 1			
	今まで話してこなかった思いや考えを話すことができる	その他 2, 精神 3			
	「人間的つながり」が提供される	精神 19			
継続して信頼できる対人関係を獲得する	精神 1				

に寄り添う（南，2007）こと、精神的な支えとなる（松岡，2009）ことが挙げられていた。「対象者の理解」については、対象者の育成歴や家族背景を踏まえる（東，2014）ことや今までの生活状況や現状を理解する（榎田，2016）こと、問題行動だけにとらわれずに真意を理解すること（前田，2009）、非効果的な反応のもつ意味を考え、その刺激に関わる（前田，2009）ことが挙げられていた。「相談技術」については、信頼関係の構築（松岡，2009と加藤，2015）や相談しやすい環境づくり（松岡，2009）、感情を言葉で表現できるような支持的援助（岡，2013）等が挙げられており、最も多い11の内容が含まれていた。「対象者の力を引き出す援助」については、具体的な目標を把握して適応能力を引き出す（前田，2009）ことと、人と出会うことへの欲求や前向きな気持ちを見出す（石黒，2008）ことが挙げられていた。「退院後に視点をおいた援助」については、今後の思いを聴く（榎田，2016）ことや、退院後の課題を明確にする（大平，2014）こと等が挙げられていた。

次に、「家族との関係の調整」については、家族へ本人の意思を伝える（榎田，2016）ことや家族の意思を表出できる場の援助（榎田，2016と倉田，2007）、本人と家族がお互いの思いを話し合える場の援助（榎田，2016と藤野，2007）の他、家族が患者を受け入れられるような支援（東，2014）や家族間の調整（松岡，2009）の5つが抽出された。

さらに、「地域との関係の調整」については、保健師との継続支援（田中，2011）や院内外問わずに他職種との連携（榎田，2016）を行うこと、関係機関と連携することでの予防的介入（坂口，1998）、退院後にかかわる医療従事者との意見交換（大平，2014）、近隣住民や大家などのかかわり（大山，2015）の5つが抽出された。

一方、看護ケアの効果については10件の文献（精神7件、小児1件、その他2件）があり、11の内容が抽出された。まず、医療機関への受診や入院をきっかけに対人刺激を受ける（後藤，2010）ため、その行動自体が特にひきこもり患者の場合には大きな変化となり、ひきこもり状態からの脱却が抑うつ気分の軽減につながっていくことが報告されていた。また、心理的に安全な場の提供（坂口，

1998）および安全感の回復（寶田，2005）の場となり、保護され守られているという安心感（後藤，2010）や受け入れられたと感じ（杉崎，2001）、「自分のことを理解されている。自分のことを考えてくれる人がいる」という感覚がもてる（岡，2013と藤野，2007）ことが挙げられていた。さらに、医療機関という退行が許される場が感情表出を可能にする（杉崎，2001）や、相談するきっかけとなる（泉川，2016）、対象者が今まで話してこなかった思いや考えを話すことができる（榎田，2016と加藤，2015）、人間的つながりを提供する（寶田，2005）、継続して信頼できる対人関係を獲得する（磯野，2016）等が抽出された。

V. 考 察

1. 医療機関における社会的孤立への看護ケアに関する文献について

今回、医療機関における社会的孤立への看護ケアに焦点を当てて文献検索を行った結果、1998年の極小未熟児の虐待歴を持つ母親に対する事例研究をはじめとして、2016年までの35件の文献が抽出され、看護においては約20年前から社会的孤立というキーワードが扱われ始めたことが明らかとなった。また、支援対象者を診療科別にみると精神に関連する文献が最も多く、これまで医療機関においては、特に精神に関する場で社会的孤立への看護ケアが行われてきていると考えられる。精神疾患が背景にある場合、症状によってひきこもりや他者・社会との交流が困難な状況が起りやすい。そのため、治療的アプローチとして、社会的孤立への看護ケアも含めて実践が行われていると推測される。しかし、支援対象者の背景に着目すると神経難病でのひきこもりの報告があったように、疾患の状況でひきこもりが起こることもあり、精神障がいに限らないことが明らかとなった。ひきこもりは仕事や学校に行かず、かつ家族以外の人との交流をほとんどせずに、6か月以上続けて自宅にひきこもっている状態（厚生労働省，2004）と定義されている。一方で、社会的孤立の定義は一律ではない現状があるが、「ソーシャルサポートネットワークの欠如の状態」や「同居者以外の親しい他者との交流頻度が乏

しい状態」等、家族や友人、近隣住民を含めた他者との交流や接触の頻度といった「関係的孤立」を重視している文献が多い(齋藤, 2017)。そのため、自宅にとどまっている状態を前提としたひきこもりと社会的孤立は異なる状態像であると筆者は捉えているが、社会との交流が乏しいという課題は両者に共通している。今回の結果をふまえると、社会的孤立によって生じる状態像にひきこもりが含まれると捉えることができ、社会的孤立への看護ケアの対象と考えられる。今後は社会的孤立とひきこもりの共通点、相違点を明確にし、社会的孤立の位置づけをより具体的に示していく必要がある。

また、小児に関する場を中心に、病児の親に対して社会的孤立への看護ケアが行われていることも明らかになった。特に小児の場合には、病児の療養にかかりきりになることによって親自身が社会との交流が乏しくなることや、きょうだいがひきこもりになる等のリスクがあることが示唆された。また、障がいを抱えている子どもをもつ父親が家庭の中で孤立していることもあり、その状況を問題と捉えて看護ケアを行うことによって、家族の関係性が改善されることも報告されていた。入院している対象者だけではなく、その家族の家庭内での孤立を含めた社会的孤立への看護ケアの必要性が今回の結果から示唆された。その他、独居や家族の喪失体験、DV被害といった生活実態が背景にある対象者も、既に社会的孤立の状態もしくはリスクが高い状態にあると考えられる。精神疾患のように、疾患と社会的孤立が直接的に関連していなくても、対象者とその家族が社会的孤立の状態もしくはリスクが高い状態にあるかを意識的にアセスメントし、看護ケアや適切な支援につなげていく必要があると考えられる。

2. 医療機関における社会的孤立への看護ケアの内容について

今回の文献研究の結果、退院支援の一環として社会的孤立への看護ケアを行っていた文献は一部で、多くの文献では病棟での看護ケアとして行っていたことがわかった。また、看護職は病棟での看護ケアのプロセスにおいて対象者との信頼関係を構築した上で、退院後の生活を見通し、身近な存在となる家族や生活の基盤となる地域とのつながりを強化した

り、新たに生み出したりしていることが明らかとなった。これらは看護の基本であり、社会的孤立への看護ケア特有の内容ではないと考えられる。しかし、社会的孤立は既述のとおり関係的孤立の状態であるため、長年そのような状態にある対象者から信頼を獲得し、対等で相互的な関係を築いていくことが何より重要な看護ケアになる。その上で退院後の生活を視野に入れた関係性の再構築が求められると考えられる。

日本社会のバブル崩壊後、量的豊かさより質的豊かさを求める時代に転換した経過の中で、人々は人間的な触れあいや温かみのある医療や看護を求め、看護職もその看護ケアの価値を再発見してきた(日本看護協会, 2007)。また、看護職は自身の五感や身体を用いて直接対象者に触れることにより、看護職と対象者の間に親近感や親密さがもたらされることが明らかにされている(日本看護協会, 2007)。さらに、時間的物理的に対象者の身近に存在する看護職は親しみやすく話しかけやすいため、対象者の権利の擁護者として機能し、看護職自身の人格を生かした支援を行うことができるとされている(日本看護協会, 2007)。これらの看護の役割そのものが、医療機関における社会的孤立への看護ケアの強みになると考えられる。

そして、社会的孤立への看護ケアを行う際に核となる技術として、「相談」の重要性が示唆された。相談とは、対象者が自らの健康問題に直面し、その性質を吟味検討し、対処方法や改善策を見だし実施できるように、また医学診断や治療について主体的に選択できるように、看護職が主に言語的なコミュニケーションを通して支援することであり、看護の機能の1つとして位置づけられている(日本看護協会, 2007)。社会的孤立への看護ケアでは、看護職1人ひとりが相談技術を習得し、適切に駆使していくことが求められる。今後は医療機関における社会的孤立への看護ケアの核となる相談技術や能力の具体をより明らかにしていく必要があると考えられる。

3. 医療機関において社会的孤立への看護ケアを行う意義について

疾患や外傷等により健康を害し、医療機関に受診

および入院が必要となる状況は、日常生活の中断・変化につながる大きな出来事であり、人生の1つのライフイベントである。そのため、対象者は様々なストレスを受けやすい状況にあると考えられる。そこで、「対象が本来もつ自然治癒力を発揮しやすい環境を整え、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通して、その人らしく生を全うすることができるよう身体的・精神的・社会的に支援すること」が看護の目的（日本看護協会，2007）である。

しかしながら、今回の文献研究の結果から、医療機関への受診・入院は社会的孤立にある対象者と社会との貴重な接点であり、社会的孤立を脱する重要な契機になることが示唆された。普段は地域で生活しながら身体的・精神的・社会的に様々な課題を抱えている対象者と、医療保健福祉の専門職が治療を通して関わりをもつ場が医療機関である。対象者がこれまでに家庭や職場を含めて自分の思いや悩みを表出できるような関係性がなく社会的孤立の状態にある場合、医療機関において対人刺激を受け、相談や行動変容のきっかけになり、対象者の生活に肯定的かつ前向きな変化を生み出す機会となる。また、看護ケアによって対象者の心理的な安全感や安心感につながり、対象者が感情や意思を表出する経験を通して、信頼できる対人関係を獲得することにつながっていた。医療機関は、地域において社会的孤立の状態にある対象者に気づき、対象者が他者と支え合う関係性を再構築もしくは新たに構築することによって、再びその人らしく地域で暮らしていくことを支援できる場となり得ることが示唆された。既述した社会的処方文字通り、対象者の社会的な関係性や地域とのつながりを含めて治療・支援することも医療機関の重要な役割であると考えられ、医療機関において社会的孤立への看護ケアを行う意義は大きいと考えられる。

VI. 本研究の限界と課題

今回の文献研究は、看護における社会的孤立への支援の中でも、特に医療機関における看護に焦点を当てて行った。社会的孤立への支援は地域での取り組み事例が多いと推測されるが、今回は医療機関に

おける支援に限定したため、地域で行われている支援については考慮できていない。今後は、社会的孤立の概念分析を行い、他のキーワードを検討していくとともに、医療機関での社会的孤立への支援の可能性を検討していくことが必要である。また、地域で行われている支援や国外の医療機関における看護として行われている社会的孤立への支援についても明らかにしていく。そして、医療機関と地域をつなぎ、対象者を地域から孤立させないための看護職の役割や、対象者の人生に寄り添っていくために必要となる仕組みについて検討していきたい。

VII. 結論

本研究では医療機関における社会的孤立への看護ケアに関して、これまでにどのような看護ケアが行われているのかを明らかにし、医療機関において社会的孤立への看護ケアを行う意義について示唆を得ることを目的に文献研究を行い、以下のことが明らかになった。

- 1) 文献検索の結果、1998年の極小未熟児の虐待歴を持つ母親に対する事例研究をはじめとして2016年までの35件の文献が抽出され、看護においては約20年前から社会的孤立というキーワードが扱われるようになった。
- 2) これまでは精神に関する場を中心に、社会的孤立への看護ケアが行われていることが明らかになった。疾患と社会的孤立が直接的に関連していても、対象者とその家族が社会的孤立の状態もしくはリスクが高い状態にあるかを意識的にアセスメントし、看護ケアや適切な支援につなげる必要性が示唆された。
- 3) 文献から社会的孤立への看護ケアに関する記述を抽出した結果、「看護ケアの具体的内容」と「看護ケアの効果」の大きく2つの内容に分けられた。また、看護ケアの具体的内容は「人との関係の調整」、「家族との関係の調整」、「地域との関係の調整」の3つであった。
- 4) 社会的孤立は関係の孤立の状態であり、そのような状態にある対象者から信頼を獲得し、対等で相互的な関係を築いていくためには、対象者に関わる看護職1人ひとりが適切な相談技術を駆使し

ていく重要性が示唆された。

- 5) 家庭や職場を含めて、対象者が自分の思いや悩みを表出できるような関係性がこれまでになかった場合、受診や入院は、対象者が再びその人らしく地域で暮らしていくことを支え合う関係性を再調整もしくは新たに構築できる重要な契機であり、医療機関において社会的孤立への看護ケアを行う意義は大きいと考えられた。

文 献

足立区：第1回子どもの健康・生活実態調査,

Retrieved from: <https://www.city.adachi.tokyo.jp/kokoro/fukushi-kenko/kenko/kodomo-kenko-chosa.html> (最終閲覧：2020年1月10日)

足立区：第2回子どもの健康・生活実態調査,

Retrieved from: <https://www.city.adachi.tokyo.jp/kokoro/fukushi-kenko/kenko/kodomo-kenko-chosa.html> (最終閲覧：2020年1月10日)

秋山正子 (2016)：つながる・ささえる・つくりだす在宅現場の地域包括ケア, 医学書院, 東京.

秋山正子 (2019)：コミュニティケア2019年6月臨時増刊号【「暮らしの保健室」のはじめかた「相談／学び／安心／交流／連携／育成」の場】，コミュニティケア2019年6月臨時増刊号，日本看護協会出版会，東京.

近藤尚己 (2018)：健康格差対策の進め方 社会疫学の知見を踏まえて. 日健教誌, 26(4), 398-403.

厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部 (2016)：「地域共生社会」の実現に向けて (当面の改革工程), Retrieved from: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html> (最終閲覧：2020年1月10日)

厚生労働省：地域包括ケアシステム,

Retrieved from: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiki-houkatsu/ (最終閲覧：2020年1月10日)

厚生労働省 (2004)：ひきこもり施策について,

Retrieved from: <https://www.mhlw.go.jp/seisaku/2010/02/02.html> (最終閲覧：2020年1月10日)

小林江里香, 深谷太郎 (2015)：日本の高齢者における社会的孤立割合の変化と関連要因

1987年, 1999年, 2012年の全国調査の結果より. 社会福祉学, 56(2), 88-100.

内閣府 (2010)：平成22年版高齢社会白書.

Retrieved from: https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2010/zenbun/22/pdf_index.html (最終閲覧：2020年1月10日)

日本看護協会 (2007)：看護にかかわる主要な用語の解説－概念的定義・歴史の変遷・社会的文脈－. Retrieved from: <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/yougokaisetu.pdf> (最終閲覧：2020年1月10日)

日本プライマリ・ケア連合学会 (2018)：健康格差に対する見解と行動指針,

Retrieved from: <https://www.primary-care.or.jp/sdh/fulltext-pdf/pdf/fulltext.pdf> (最終閲覧：2020年1月10日)

齋藤泰子, 川南公代 (2017)：高齢者の社会的孤立と健康に関する文献研究. 武蔵野大学看護学研究所紀要, (11), 21-29.

齊藤雅茂, 近藤克則, 尾島俊之, 他 (2015)：健康指標との関連からみた高齢者の社会的孤立基準の検討 10年間のAGESコホートより. 日本公衆衛生雑誌, 62(3), 95-105.

資料

地域包括ケアシステムにおいて 看護師に求められる能力に関する文献検討

海野潔美¹⁾, 田村麻里子¹⁾, 村井文江¹⁾

A Review of Nurse Competency Required
by The Community-based Integrated Care System.

Umino Kiyomi, Tamura Mariko, Murai Fumie

抄 録

本研究の目的は、わが国の地域包括ケアシステムにおいて求められる看護師の能力を文献より明らかにする事である。文献は医学中央雑誌 Web版を使用し「地域包括ケア/システム」「看護教育」をキーワードとし、目的に合致した24文献より分析を行った。結果、システムにおいて看護師に求められる能力として【生活者としてとらえる】【対象と家族の思いに寄り添う】【対象を尊重した意思決定を支える】【対象の生活の場で必要な看護をする】【多職種と協働する】【地域を看護職として包括的にとらえる】が挙げられた。コアコンピテンシーとの比較から、これらの能力を看護基礎教育において扱う事は適切であると確認された。また、これらは具体的で高度なものもあり看護基礎教育における達成度と教育方法が課題として挙げられた。時代と共にシステムも変化し、併せて看護師に求められる能力も変化する事が推測される為、定期的に検討し看護基礎教育に反映していく必要があると考える。

キーワード：地域包括ケアシステム, 能力, 看護師, 看護基礎教育
community-based integrated care system, competency, nurse,
basic nursing education

I. はじめに

我が国では、急速に少子高齢化が進んでいる。その中で、医療・介護分野ではこれまでの「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」への転換のため、受け皿となる地域医療・介護の基盤を充実させるとともに、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスが提

供される地域包括ケアシステム構築を目指している（厚生労働省, 2016）。システムの中で、看護師は療養する高齢者だけでなく、子どもを産み育てる人々、子どもたち、障害のある人などを含むすべての人々の生活を支える役割を担うことになる（日本看護協会, 2015）。

このような社会の流れから、看護基礎教育においても、地域の保健・医療を担う広い視点を持ち、

¹⁾常磐大学看護学部

様々な場面で状況に応じた適切な対応ができる看護実践能力の修得が求められている（文部科学省，2017）。看護基礎教育検討会においても「看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標」（厚生労働省，2019）に地域包括ケアシステムについての実践能力と卒業時到達目標が追加されている。

本学部においても，地域社会に貢献し，質の高い看護サービスの提供と医療の向上に資することができる人材育成を教育理念とし，地域包括ケアシステムの中で活躍できる人材育成を目指している。これは4年間の実習も含めた教育で積み上げられるものであり，看護基礎教育の中で効果的な教育方法の検討を進めている。

地域包括ケアシステムの看護基礎教育の先行研究では，地域包括ケアを担う訪問看護師，多職種の実践活動から学ぶプログラムやその評価，教授方法の検討などが報告されている（橋本ら，2019）。地域包括ケアシステムの実践能力に関するものは，看護師へ期待する能力について看護学士課程におけるコアコンピテンシーを調査項目としたアンケート調査報告（清野ら，2014）や在宅ケアに関わる看護師や多職種へのインタビュー調査報告（吉田ら，2014）があり，地域包括ケアに必要とされる能力があらゆる視点でみる力，関わりづくりなど抽象度の高いものであった。

本研究では，地域包括ケアを担う看護師に求められる能力について文献より具体的にし，看護基礎教育における教育方法検討のための基礎資料とすることを目的とした。

なお，本研究は「地域包括ケアシステムを活用した看護教育の充実」に関する学内課題研究の一部である。

II. 研究目的

地域包括ケアシステムを担う看護師となることを前提として，看護基礎教育で育成する能力を検討するために，わが国の地域包括ケアシステムで求められる看護師の能力を文献より明らかにすることである。

III. 研究方法

1. 文献採択基準

地域包括ケアシステムにおいて看護師が実践していること，および地域包括ケアシステムの構築・運用のために看護師が実践する必要があることを，地域包括ケアシステムを担う看護師に求められる能力として，これらが具体的に記述されていることを採択基準とした。論文の種類は原著論文，研究報告，総説・解説とした。なお，地域包括ケアシステムに関する研究の動向を把握するために全年検索とした。

2. 文献採択の流れ

文献採択は，以下の手順で行った（図1）。

- 1) 検索の対象とする文献は，わが国の地域包括ケアシステムで求められている能力を明らかにすることから，国内文献とした。
- 2) 検索には，医学中央雑誌web版（以下，医中誌）を用いた。「地域包括ケア/地域包括ケアシステム（TH）」and「看護教育（TH）」にて検索し，235件が抽出された。「地域包括ケア/地域包括ケアシステム（TH）」と「能力」や「看護師の能力」の検索では文献が抽出されなかった。また，地域包括ケアにおいて看護師に求められている能力を明らかにすることが目的であるため，看護基礎教育に関する文献だけではなく，現任教育や実践に関する文献も含んだ。
- 3) 抽出した235件について，タイトルおよび抄録から，明らかに採択基準に合致していない46件を除外した。
- 4) 残った189件について本文を読み採択基準に合致した文献15件（原著論文5件，総説・解説・特集10件）を分析対象として採択した。分析対象から除外された文献には，活動内容，研修会のプログラム，教育内容の報告が多く含まれた。
- 5) 本文を読んだ189件の引用文献，および関連雑誌のタイトルから分析対象となる可能性のある17件を抽出し，本文を読み，採択基準に合致する3件を採択した。
- 6) 採択された15件には「母子」「精神」「災害」「国際」「救急」の分野の不足が見られたため，「地域

地域包括ケアシステムにおいて求められる看護師の能力

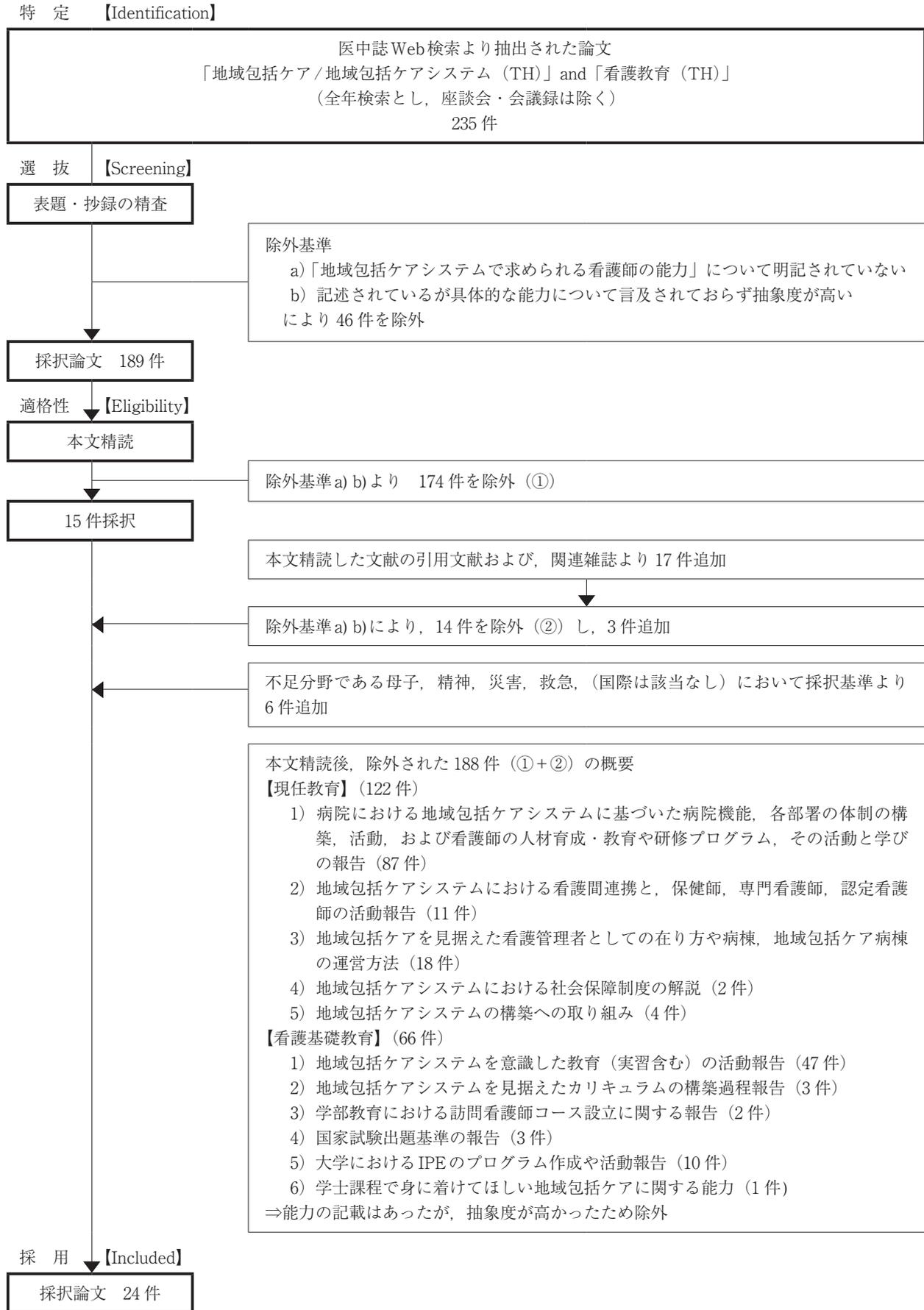


図 1 文献採択のためのフローチャート

包括ケア/地域包括ケアシステム (TH)」と「母子」「精神」「災害」「救急」「国際」「国際看護」「外国人」「外国人医療」「外国人患者」「外国人母子」(すべてAL)それぞれとand検索を行い、採択基準に合致する6件を追加した。結果、24件が分析対象文献となった。

24文献中、1文献は2004年であったが、他は2014年以降であった。地域包括ケアシステム構築の必要性は2003年に高齢者介護研究会によって初めて打ち出され、その後、2011年の介護保険法改正によって構築が推進されてきている(川越, 2008)。2004年の文献については、訪問看護師が地域において多職種と連携し、どのようにケアを提供することが必要かという、地域包括ケアシステムにおける看護師に必要な力を記述しているということと採択とした。

3. 分析方法

24件より、地域包括ケアシステムにおける看護師に求められる能力に関する記載を抽出しデータとし、意味単位ごとにコード化を行った。コード化においては、データの元の意味を損なわないように留意した。コードの類似と相違を比較検討しカテゴリー化を行い、サブカテゴリー、カテゴリーを作成した。カテゴリー化の過程では、データに戻りながら、適切性を確認した。カテゴリー化においては、3人の研究者が作成したカテゴリー等について課題研究メンバーからも意見をもらい修正し、合意に至るまで検討し、妥当性を確保した。

IV. 結果

1. 分析対象文献の概要

原著論文3件、研究報告4件、総説・解説17件であった。教育の場では、看護基礎教育に関するものが6件、現任教育に関するものが18件であった(表1)。分析対象となった24文献は、地域包括ケアシステムに必要な能力を地域包括ケアシステムの解説とともに看護職に望まれる能力について述べられたもの(文献1, 9, 10, 12)、多職種連携や地域ネットワーク活動などの実践から地域包括ケアを行うための能力について記述したもの(文献4, 5,

6, 7, 8, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20)、研修・実習後のレポートを質的に分析して能力について述べたもの(文献2, 3)、地域ケアを担う看護師が期待する看護の能力に関する調査から具体的にまとめたもの(文献14, 21)、看護基礎教育の実践から述べたもの(文献22, 23, 24)であった。

2. 地域包括ケアシステムで求められる看護師の能力

対象文献24件より地域包括ケアシステムで求められる看護師の能力として、183コード、43サブカテゴリー、6カテゴリーが生成された。カテゴリーは、【生活者としてとらえる】【対象と家族の思いに寄り添う】【対象を尊重した意思決定を支える】【対象の生活する場で必要な看護をする】【多職種と協働する】【地域を看護職として包括的にとらえる】から構成された(表2)。

本研究においては、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは〈 〉で記した。以下カテゴリーごとの結果について説明する。

1) 【生活者としてとらえる】

このカテゴリーは〈対象の生活に視点を持ち生活者としてとらえる〉〈対象の生き方をとらえる〉の2サブカテゴリーから構成された。

看護師は、対象を「患者」ではなくその人の生活そのものに焦点を当て〈対象の生活に視点を持ち生活者としてとらえる〉ことが求められていた。また、対象の生活に対する姿勢や態度など、〈対象の生き方をとらえる〉視点で対象を理解することが必要とされていた。

2) 【対象と家族の思いに寄り添う】

このカテゴリーは、「その人らしさ」「その家らしさ」に気づく〈対象の思いを感じ取る〉〈対象の思いをくみ取る〉〈対象の思いを受け止める〉〈対象と家族の声に耳を傾け、共に考える〉〈対象と家族の思いに寄り添うコミュニケーションをする〉〈対象と家族の心理的サポートをする〉〈対象と家族の思いを多職種につなげる〉の8サブカテゴリーで構成された。

看護師は、「その人らしさ」「その家らしさ」に気づくことから、対象の固有の生活空間を理解し、そのうえで〈対象の思いを感じ取る〉〈対象の

地域包括ケアシステムにおいて求められる看護師の能力

表 1 分析対象文献

番号	文献名
1]	丸田恵子 (2018) : 地域包括ケアシステムの構築につながる認知症ケアの展開, コミュニティケア, 20(7), 43-48.
2]	福井トシ子 (2018) : 地域包括ケアシステムに対応するための看護基礎教育, 日本病院会雑誌, 65(3), 262-283.
3]	高村千香子, 下島美千代, 芳村直美 (2018) : 中堅看護師を対象とした退院調整看護研修後の理解と今後の課題, 日本看護学会論文集看護教育, 48, 130-133.
4]	志田京子, 長畑多代, 田島長子他 (2018) : 大阪府内の中小規模病院における退院調整の現状と看護師ニーズ, 大阪府立大学看護雑誌, 24(1), 67-76.
5]	吉井靖子 (2017) : 災害発生時・発生後の「訪問看護」による支援新潟県中越地震における「要配慮者」への取り組み, コミュニティケア, 19(13), 30-36.
6]	新谷明子 (2017) : 気がかりな妊婦・親子を支援するための看護職間の連携システム, 看護, 69(12), 40-43.
7]	竹ノ内沙耶香 (2017) : 在宅・病院・介護施設をつなぐACPの在り方, がん看護, 22(7), 683-686.
8]	下村晃世 (2017) : 南勢地域緩和ケアネットワークによる看看連携と看護の実際, 看護, 69(8), 35-42.
9]	坂本すが, 島田陽子, 相澤孝夫他 (2017) : 病院医療の在り方・今後の展望～治療と生活を支えるなど～, 日本病院会雑誌, 64(2), 12-17.
10]	小森和子 (2017) : 日本赤十字社としての看護の役割と専門性地域医療の変革期や被災地の暮らしを支え, その先につなげる, 看護管理, 27(1), 31-34.
11]	中村順子 (2017) : これからの訪問看護と在宅ケアの未来 看護教育から考える, 日本在宅学会誌, 20(2), 12-17.
12]	吉村浩美 (2017) : 高齢多死社会において看護職に求められる役割と専門性, 看護管理, 27(1), 52-56.
13]	吉永幸弘, 永岡亨祐, 井本貴博 (2017) : 精神障害者への地域包括ケアシステムの必要性 地域だからこそ見られた患者の笑顔を大切に, 日本精神科看護学術集会誌, 60(2), 220-221.
14]	神田清子, 堀越政孝, 佐藤由美他 (2016) : 地域包括ケアに根差した在宅ケアマインドを育てる看護教育, 看護展望, 41(10), 25-29.
15]	馬場啓子 (2016) : 地域包括ケアシステムにおける看護実践者育成に向けて, 看護展望, 41(10), 19-24.
16]	森實詩乃, 田中博子 (2016) : 看護基礎教育における地域包括ケアを担う次世代看護師養成の現状 在宅看護学実習「学びのレポート」の分析からの考察, 帝京科学大学紀要, 12, 171-174.
17]	山田佐登美 (2016) : その人らしい生活実現のために地域包括ケアシステムに期待される看護の役割と能力, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 20(1), 111-115.
18]	柴田里花 (2016) : 救急看護の対象と視点, Emergency Care, 129(4), 10-14.
19]	高原昭 (2015) : 地域包括ケアシステムの中で認知症患者を看るということ, 看護, 67(8), 69-73.
20]	土井晴代 (2015) : がん患者を支える「地域包括ケア連携」, 看護, 67(8), 57-61.
21]	柏木聖代, 川村佐和子, 原口道子 (2015) : 看護基礎教育における在宅看護実習の現状と課題訪問看護ステーションへのインタビュー調査から, 日本在宅看護学会誌, 3(2), 44-45.
22]	吾妻知美 (2015) : 病を持つ人を支えるインタープロフェッショナルワーク -看護教育の課題-, 京都府立医科大学雑誌, 124(6), 423-429.
23]	樋口エキ子, 大園康文 (2014) : 病院と地域をつなぐ看護師の育成を目指して, 看護展望, 39(5), 20-27.
24]	平田美和, 大塚真理子, 新井利民他 (2004) : インタープロフェッショナルワークにおける多職種の役割 -在宅要介護高齢者への介護保険サービスを通して-, 埼玉県立大学紀要, 6, 47-52.

表2 地域包括ケアシステムで求められる看護師の能力

カテゴリー	サブカテゴリー
生活者としてとらえる	対象の生活に視点を持ち生活者としてとらえる 対象の生き方をとらえる
対象と家族の思いに寄り添う	「その人らしさ」「その家らしさ」に気づく 対象の思いを感じ取る 対象の思いをくみ取る 対象の思いを受け止める 対象と家族の声に耳を傾け、共に考える 対象と家族の思いに寄り添うコミュニケーションをする 対象と家族の心理的サポートをする 対象と家族の思いを多職種につなげる
対象を尊重した意思決定を支える	対象の意思表示を支える 対象の意思を代弁する 対象の個性に対応した決定ができるように支援をする 対象の心身を整え意思決定ができるよう支える 意思決定したことが実現できるように支える 対象の望む生き方を尊重し支える
対象の生活の場で必要な看護をする	生活の場における支援の特性を理解する 対象を取り巻く情報を収集・統合する 対象のニーズをとらえる 必要なケアを導くアセスメントができる 対象の症状マネジメントをする 対象の持っている力を活かす 対象の状態の維持・重症化予防の視点を持つ 対象の先のことまで予測する 対象の状況に合わせてタイムリーなケアを提供する 対象の複雑化に対応したケアをする 生活の再構築を支える 対象の生活の場でケアを提供する 対象の緊急時に対応をする 対象が社会資源・社会保障制度を活用できるように支援する
多職種と協働する	多職種と情報を共有する 多職種と協働して対象を理解する 多職種間の専門性を理解する 多職種連携における調整役・まとめ役を担う 多職種と協働してマネジメントする 多職種連携における看護の役割を明確にする 多職種連携における看護師の姿勢を持つ 多職種連携における退院調整・支援をする
地域を看護職として包括的にとらえる	生涯にわたり対象の生活と保健・医療・福祉（介護）をつなぐ 地域における看護職間の連携を図る 地域において災害時の支援システムを作る 地域を見る視点を持つ 地域における看護の役割の拡大・創出する

思いをくみ取る〉〈対象の思いを受け止める〉ように段階的に対象の思いに寄り添うことが示された。同時に対象にとって支援者であり、理解者である家族の存在を大切に、〈対象と家族の思いに寄り添うコミュニケーションをする〉こと、〈対象と家族の声に耳を傾け、共に考える〉姿勢を持ち〈対象と家族の心理的サポートをする〉能力が必要とされていた。さらに多職種で連携し支援していくために〈対象と家族の思いを多職種につなげる〉役割が求められていた。

3) 【対象を尊重した意思決定を支える】

このカテゴリーは、〈対象の意思表示を支える〉〈対象の意思を代弁する〉〈対象の個別性に対応した決定ができるように支援をする〉〈対象の心身を整え意思決定ができるように支える〉〈意思決定したことが実現できるように支える〉〈対象の望む生き方を尊重し支える〉の6サブカテゴリーから構成された。

看護師は、〈対象の意思表示を支える〉ことや必要に応じ〈対象の意思を代弁する〉〈対象の個別性に対応した決定ができるように支援をする〉ことが求められていた。そのために〈対象の心身を整え意思決定ができるように支える〉ことが必要とされていた。対象の意思決定後、〈意思決定したことが実現できるように支える〉ことと〈対象が望む生き方を尊重し支える〉能力が求められていた。

4) 【対象の生活の場で必要な看護をする】

このカテゴリーは、〈生活の場における支援の特性を理解する〉〈対象を取り巻く情報を収集・統合する〉〈対象のニーズをとらえる〉〈必要なケアを導くアセスメントができる〉〈対象の症状マネジメントをする〉〈対象の持っている力を活かす〉〈対象の状態の維持・重症化予防の視点を持つ〉〈対象の先のことまで予測する〉〈対象の状況に合わせてタイムリーなケアを提供する〉〈対象の複雑化に対応したケアをする〉〈生活の再構築を支える〉〈対象の生活の場でケアを提供する〉〈対象の緊急時に対応をする〉〈対象が社会資源・社会保障制度を活用できるように支援する〉の14サブカテゴリーから構成された。

看護師は、〈生活の場における支援の特性を理解する〉〈対象を取り巻く情報を収集・統合する〉〈対

象のニーズをとらえる〉〈対象の症状マネジメントをする〉といった段階を踏み、〈必要なケアを導くアセスメントができる〉〈対象の生活の場でケアを提供する〉能力が求められていた。対象の状態の変化に対しては〈対象の状況に合わせてタイムリーなケアを提供する〉〈対象の緊急時に対応をする〉ことが求められていた。看護を展開する上で〈対象の状態の維持・重症化予防の視点を持つ〉〈対象の先のことまで予測する〉必要があり、その上で〈対象が社会資源・社会保障制度を活用できるように支援する〉〈生活の再構築を支える〉〈対象の複雑化に対応したケアをする〉が求められていた。

5) 【多職種と協働する】

このカテゴリーは、〈多職種と情報を共有する〉〈多職種と協働して対象を理解する〉〈多職種間の専門性を理解する〉〈多職種連携における調整役・まとめ役を担う〉〈多職種と協働してマネジメントする〉〈多職種連携における看護の役割を明確にする〉〈多職種連携における看護師の姿勢〉〈多職種連携における退院調整・支援をする〉の8サブカテゴリーから構成された。

看護師は、多職種連携におけるチームにおいて〈多職種連携における調整役・まとめ役を担う〉ことが求められていた。そのため、〈多職種と情報を共有する〉〈多職種と協働して対象を理解する〉〈多職種と協働してマネジメントする〉ことで、病院内外に問わず〈多職種連携における退院調整・支援をする〉役割が必要とされていた。また、〈多職種連携における看護師の姿勢を持つ〉〈多職種連携における看護の役割を明確にする〉とともに〈多職種間の専門性を理解する〉こと、チームとして活動していくことが求められていた。

6) 【地域を看護職として包括的にとらえる】

このカテゴリーは、〈生涯にわたり対象の生活と保健・医療・福祉（介護）をつなぐ〉〈地域における看護職間の連携を図る〉〈地域において災害時の支援システムを作る〉〈地域を見る視点を持つ〉〈地域における看護の役割の拡大・創出する〉の5サブカテゴリーから構成された。

地域包括ケアシステムに関わる看護職は、〈地域を見る視点を持つ〉ことが求められ、〈生涯にわたり対象の生活と保健・医療・福祉（介護）をつな

ぐ)のために〈地域における看護職間の連携を図る〉こと、平常時から災害を予測し〈地域において災害時の支援システムを作る〉能力が求められていた。さらに〈地域における看護の役割の拡大・創出する〉役割を担い、地域におけるシステム構築に尽力する能力が求められていた。

V. 考 察

本研究の分析対象となった文献は、総説・解説がほとんどであり、1文献を除いて2014年以降のものであった。地域包括ケアシステムは、2011年に概念が示され構築が進められてきている。運用されるようになってからの年月が短いため、実践活動から能力について検討したものや地域包括ケアシステムを構築・活動するために必要と考えられる能力を述べている論文が主となったと考える。

以下、本研究で導き出された地域包括ケアシステムにおいて看護師に求められる能力の全体と各カテゴリーの特徴について考察し、看護基礎教育への示唆を述べる。

1) カテゴリーの全体的な特徴

本研究において抽出された地域包括ケアシステムで求められる看護師の能力に関するカテゴリーは、看護学士課程におけるコアコンピテンシー（以下コアコンピテンシーとする）（日本看護系大学協議会, 2018）に包含されている。【生活者としてとらえる】は、「Ⅰ群 対象となる人を全人的に捉える基本能力」、【対象と家族の思いに寄り添う】と【対象を尊重した意思決定を支える】は「Ⅱ群 ヒューマンケアの基本に関する実践能力」、【対象の生活の場で必要な看護をする】は「Ⅲ群 根拠に基づき看護を計画的に実践する能力」と「Ⅳ群 特定の健康課題に対応する実践能力」、【多職種と協働する】と【地域を看護職として包括的にとらえる】は、「Ⅴ群 多様なケア環境とチーム体制に関する実践能力」の内容となっている。これらの能力は、「2）求められる能力の特徴」で後述するように、地域包括ケアシステムの理念や考え方を反映する内容であり、対象の捉え方としての【生活者としてとらえる】とケアの基本的な考え方である【対象と家族の思いに寄り添う】【対象を尊重した意思決定を支える】を基盤

として【対象の生活の場で必要な看護をする】【多職種と協働する】【地域を看護職として包括的にとらえる】という地域包括ケアシステムでの実践につながっている。

一方、「Ⅵ群 専門職として研鑽し続ける基本能力」に含まれるカテゴリー、サブカテゴリーは抽出されていない。「Ⅵ群 専門職として研鑽し続ける基本能力」は、学士力における生涯学習力に相当するものである（日本看護系大学協会, 2018）。本研究では、地域包括ケアシステムで求められる看護師の能力についての具体をデータとしているため、実践に関する能力は抽出されたが、学士力に関するカテゴリーが生成されなかったと考える。

2) 求められる能力の特徴

(1) 【生活者としてとらえる】

カテゴリー全体の特徴で考察したように【生活者としてとらえる】は、他のカテゴリーの基盤である。【生活者としてとらえる】は、〈対象の生き方をとらえる〉が示すように、単に対象の生活を捉えるのではなく、生活への考えや価値観を含む生き方を捉えることである。したがって、生き方として生活への考えや価値観を含め生活者を捉えることで、その人がその人らしく暮らすための支援の実現につながると考える。

(2) 【対象と家族の思いに寄り添う】

このカテゴリーの特徴は、対象だけでなくその家族の思いに「寄り添う」ことであり、対象と家族がどのように現状を理解し考えているのかについて、ありのままの思いを受け止めることである。今後は、家族が多様化し家族介護を期待しない・できない時代が到来することから、個人を単位とした仕組みを検討する必要性が示されている（地域包括ケア研究会, 2019）。このようなことから、対象と家族へ寄り添う支援は、より高度化していくことが推測される。

(3) 【対象を尊重した意思決定を支える】

地域包括ケアシステムにおいて「個人の尊厳」が保持される社会は、「自分の人生を決め、また周囲からも個人として尊重される社会」と定義されている（厚生労働省, 2003）。【対象を尊重した意思決定を支える】ことは、自分の人生を決めることに関連し、「個人の尊厳」を守る能力である。

また、本カテゴリーでは、コアコンピテンシー（日本看護系大学協議会，2018）に明記されていない（対象の心身を整え意思決定ができるように支える）が挙げられている。地域包括ケアシステムの考え方においても「本人・家族の選択と心構え」から「本人の選択と本人・家族の心構え」となった（地域包括ケア研究会，2016）ように、個人が意思決定することを最後まで支えるために重要な能力が示されたと考える。

（4）【対象の生活の場で必要な看護をする】

本カテゴリーは、コアコンピテンシー（日本看護系大学協議会，2018）の「Ⅲ群 根拠に基づき看護を計画的に実践する能力」と「Ⅳ群 特定の健康課題に対応する実践能力」を含んでおり、生活の場で看護を展開していく能力と対応する幅広い実践能力が具体的に示されている。看護を展開していく能力と実践能力が一体となって、生活の場での看護に必要な能力となっている。

生活の場で必要とされる実践能力としては、対象の状態の維持・重症化予防、症状マネジメントのようにあらゆる健康レベルでの能力が示されるとともに、先のことまで予測する、状況に合わせたタイムリーなケアの提供、生活の再構築、社会資源・社会保障制度の活用支援のように、医療機関、福祉施設、在宅といった多様な生活の場における看護の実践をするための具体的な能力が抽出されている。しかし、これらの生活の場で必要とされる実践能力は、対象の健康レベルおよび生活の場などの多様性ゆえに、幅広いだけでなく、高度な看護実践能力が抽出されていると考える。

（5）【多職種と協働する】

改訂されたコアコンピテンシーでは、地域で生活しながら療養する人と家族を支援する能力が「Ⅴ群 多様なケア環境とチーム体制に関する実践能力」に追加された（日本看護系大学協議会，2018）ように、地域包括ケアシステムでは、生活の場という多様なケア環境で多職種がチームとして実践していくことが必要である。また、地域包括ケアシステムにおける多職種の連携については、これまでも進められてきたが、今後は医療と介護の統合にむけたネットワーク構築をめざし、多職種連携によるチームケアが必要とされている（地域包括ケア研究会，

2017）。

今回抽出された能力では、調整役・まとめ役を担う、退院調整・支援をするといった従来から看護師が担ってきた役割が示されるとともに、多職種間の専門性の理解、多職種連携における看護師の役割の明確化や姿勢など、多職種が連携して1つのチームとして活動していくための能力も挙げられている。したがって、これらの能力は、期待されている多職種連携を実現することを可能にするものと考えられる。

（6）【地域を看護職として包括的にとらえる】

本カテゴリーは、看護職は作られた地域包括ケアシステムの中で仕事するだけでなく、地域づくりや街づくりに関わることが求められていることを示している。また、災害時の支援システムも含まれているように、災害発生が増えている現状も反映した能力である。

今後の地域ケアシステムの実現には、コンパクトシティやスマートシティといった構想を進めていく必要性（地域包括ケア研究会，2017）も示唆されており、本能力の重要性は増していくと考える。また、地域ケアシステムを実現する過程では、地域における看護の役割の拡大・創出が発展することになり、それに関わる能力は必須になる。

3）看護基礎教育への示唆

コアコンピテンシー（日本看護系大学協会，2018）は、看護の場が病院施設から地域在宅の場に拡大し、看護への社会の期待が変化してきていることを踏まえ、2017年度に改訂されたが、今回抽出された能力はそれらも網羅する内容である。したがって、本研究で示された地域包括ケアシステムで看護師に求められる能力は、看護基礎教育で養成する内容として妥当と考える。また、その内容は具体的なものであったが、生活の場で求められる看護師の能力のように、高度な実践能力も含まれている。これらの能力を看護基礎教育で育成する上では、臨地の状況を踏まえながら到達目標の設定をするとともに教育方法を検討する必要がある。

社会が急激に変化する中で地域包括ケアシステムも変化していく。そして、地域包括ケアシステムで看護師に求められる能力も変わっていくことが推測される。今回抽出された能力が、社会状況に即しているものかを定期的に検討し、看護基礎教育に反映

していく必要があると考える。

VI. 結 論

地域包括ケアシステムに関する24文献から、地域包括ケアシステムにおいて看護師に求められる能力として、【生活者としてとらえる】【対象と家族の思いに寄り添う】【対象を尊重した意思決定を支える】【対象の生活の場で必要な看護をする】【多職種と協働する】【地域を看護職として包括的にとらえる】が挙げられた。コアコンピテンシーとの比較から、これらの能力を看護基礎教育において扱うことは適切であると確認された。また、これらの能力は、具体的で高度なものもあり、看護基礎教育における達成度と教育方法が課題として挙げられた。

謝 辞

本研究をまとめるにあたり、ご助言、ご指導いただきました課題研究の皆様は心より感謝申し上げます。

なお、本研究は、2018年度常磐大学課題研究「地域包括ケアシステムを活用した看護教育の充実」の助成を受けて行ったものである。

文 献

地域包括ケア研究会 (2016年)：地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書 地域包括ケアシステムと地域マネジメント、https://www.murc.jp/report/rc/policy_research/public_report/koukai_130423/ (閲覧日：2019年12月4日)

地域包括ケア研究会 (2017)：地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書 - 2040年に向けた挑戦 -、https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/h28_01.pdf (閲覧日：2019年12月4日)

地域包括ケア研究会 (2019)：地域包括ケアシステムの進化・推進に向けた制度やサービスについての調査研究報告書 2040年：多元的社会における地域包括ケアシステム「参加」と「協働」で作る

包括的な社会、https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_17.pdf (閲覧日：2019年12月4日)

橋本麻由里, 古澤幸江, 安田みき他 (2019)：地域包括ケアを担う看護職者の教育・人材育成に関する文献検討, 岐阜県立看護大学紀要, 19 (1), 179-187

厚生労働省 (2003)：高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」 高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて、<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html> (閲覧日：2019年12月4日)

厚生労働省 (2016)：平成28年度版厚生労働白書、<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/> (閲覧日：2019年12月4日)

厚生労働省 (2019)：第9回看護基礎教育検討会 報告書、<https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf> (閲覧日：2019年12月4日)

川越雅弘 (2008)：我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題, 海外社会保障研究, 162, 4-15.

文部科学省 (2017)：看護学教育モデル・コア・カリキュラム「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標、http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/_icsFiles/afielddfil (閲覧日：2019年12月4日)

日本看護協会 (2015)：2025年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン いのち・暮らし・尊厳を守り支える看護、<https://www.nurse.or.jp/home/about/vision/index.html> (閲覧日：2019年12月4日)

日本看護系大学協議会 (2018)：看護学士課程教育におけるコアコンピテンシーと卒業時到達目標、<http://www.janpu.or.jp/file/corecompetency.pdf> (閲覧日：2019年12月4日)

清野純子, 加藤基子, 高田大輔 (2014)：在宅ケアにおける看護系大学生の新卒時の看護実践能力に対する期待 A区の在宅ケアを担当する職種に対する調査, 帝京科学大学紀要, 10, 51-62.

吉田千鶴, 加藤基子, 城野美幸他 (2014)：地域包括ケアにおける看護系大学生が卒業時に身につけ

地域包括ケアシステムにおいて求められる看護師の能力

て欲しい能力に対する期待, 帝京科学大学紀要,
10, 117-123.

常磐看護学研究雑誌編集規程

2018年7月19日
看護学部紀要編集委員会

(目的)

第1条 この規程は、看護学部紀要編集委員会（以下「編集委員会」という。）が行う編集作業に関して必要な事項を定めることを目的とする。

(根拠)

第2条 この規程は、看護学部紀要編集委員会規程（2018年6月22日）第4条に基づく。

(公表)

第3条 常磐大学看護学部（以下「本学部」という。）の研究発表誌「常磐看護学研究雑誌」（Tokiwa Journal of Nursing Research）は、常磐大学における看護学研究の推進および成果の公表と相互交換を目的として、毎年度1巻、冊子体で400部発行するほか、その電子版を常磐大学のホームページに公表する。

(投稿資格)

第4条 投稿できる者は、次の各号のいずれかに当てはまる者とする。

- 1 本学部の専任教員
- 2 本学部教員の共同研究者
- 3 編集委員会が認めた者

(審査)

第5条 編集委員会は、編集委員会に提出された論文が学術論文として相応しい内容と形式を備えたものであり、かつ、未発表のものであることを確認しなければならない。

(論稿の種類)

第6条 論稿の種類は、次の各号のいずれかに当てはまるものとする。

- 1 総説 総説とは、看護学に関わる特定のテーマについて、多面的に内外の知見を集め、また文献などをレビューして、当該テーマについて総合的に学問的状況を概説し、考察したものをいう。
- 2 原著論文 原著論文とは、独創的な研究から得られた新たな知見が論理的に示されており、看護学の発展に寄与するものをいう。
- 3 研究報告 研究報告とは、独創性、データ数等においては原著論文には及ばないものの、看護学において研究結果の意義が大きいものをいう。
- 4 資料 資料とは、看護学に関わる有用な調査や実践報告等の報告で、公表の価値があると認められるものをいう。
- 5 その他 編集委員会が特に必要と認めたものをいう。

(編集)

第7条 編集委員会は、前条に規定する論稿について、募集し、編集する。

- ② 投稿に関しては、別に定める。

(査読と採否)

第8条 編集委員会は、第6条第1項第1号から第4号に規定する論稿について、編集委員会が委嘱した者の査読を経た後に、採否を判断する。

- ② 編集委員会は、投稿者に対して、必要に応じて加筆、訂正、削除または掲載見送り等を要求することがある。

附 則

- 1 この規程の改正には、編集委員会の3分の2以上の委員の同意を必要とする。
- 2 この規程は、2018年7月19日より施行する。
- 3 この規程の改正条項は、2019年5月13日より適用する。

常磐看護学研究雑誌投稿規程

2018年7月19日
看護学部紀要編集委員会

(目的)

第1条 この規程は、冊子体および電子媒体で公表される常磐大学看護学部（以下、「本学部」という。）の研究発表誌「常磐看護学研究雑誌」（Tokaiwa Journal of Nursing Research）（以下、「本誌」という。）に投稿する執筆者について必要な事項を定めることを目的とする。

(根拠)

第2条 この規程は、看護学部紀要編集委員会規程（2018年6月22日）第4条に基づく。

(投稿者の資格)

第3条 本誌の投稿者資格は、原則として、本学部の専任教員とする。ただし、共著者およびその他、看護学部紀要編集委員会（以下、「編集委員会」という。）が認めた者についてはこの限りではない。

(論稿の内容)

第4条 論文は、「学術研究活動の推進および内外への成果の発信」という本誌の目的にかなったものであり、国の内外を問わず他の出版物にすでに発表あるいは投稿されていないものでなければならない。

(論稿の種類)

第5条 本誌に掲載される論稿は、次の各号のいずれかに当てはまるものでなければならない。投稿希望する際、論稿の種類を明記する。

- 1 総説 看護学に関わる特定のテーマについて、多面的に内外の知見を集め、また文献などをレビューして、当該テーマについて総合的に学問的状况を概説し、考察したもの。
- 2 原著論文 独創的な研究から得られた新たな知見が論理的に示されており、看護学の発展に寄与するもの。
- 3 研究報告 独創性、データ数等においては原著論文には及ばないものの、看護学において研究結果の意義が大きいもの。
- 4 資料 看護学に関わる有用な調査や実践報告等の報告で、公表の価値があると認められるもの。
- 5 その他 編集委員会が特に必要と認めたもの。

(倫理的配慮)

第6条 人および動物が対象である研究は、倫理的配慮の具体的内容や研究倫理審査結果について本文中に明記されていなければならない。

(利益相反の開示)

第7条 投稿者は、初回投稿時に、利益相反自己申告書を提出することにより、過去1年間の利益相反状態を開示しなければならない。また、研究内容に関係する利益相反がある場合、著者全員についての利益相反状態を本文中に明記する。利益相反がない場合には、利益相反がない旨を本文中に記載する。

(著者貢献度)

第8条 論文における各著者の貢献内容を、本文中に記載する。

(提出要領)

第9条 投稿希望者は、次の各号に従って、原稿を編集委員会に提出しなければならない。

- 1 投稿原稿の提出部数は3部とする（内訳は正本1部、副本2部）。副本2部については、氏名、所属、謝辞を取り外し、著者を特定する事項を外すための処理を行う。
- 2 最終原稿提出時には、抄録、本文、図表を保存した電子媒体（CD-ROMなど）を添付する。電子媒体にはラベルを貼付し、ラベルには著者、表題、使用ソフトウェアを明記する。
- 3 投稿期限・提出先
毎年度9月末日までに投稿するものとし、投稿希望者は7月末日までに編集委員会に投稿を申し出ておくこと。期限以降に提出された原稿は次号の査読対象とする。原稿の提出先は編集委員会とする。

（原稿執筆要領）

第10条 投稿希望者は、原稿の執筆にあたっては、別に定める原稿執筆要領に従わなければならない。

（原稿の受付および採否）

第11条 原稿の採否は査読の結果に基づいて、編集委員会が判断することができる。編集委員会の判定により、原稿の修正および原稿の種類の変更を著者に求めることができる。投稿された原稿は理由の如何を問わず返却しない。

（著作権）

第12条 本誌に掲載されたすべての論稿の著作権は、本学部に帰属する。

（発行報告）

第13条 執筆者は、本人が投稿した研究発表誌の発行報告に代えて、論稿が掲載された当該誌2冊と抜刷50部を学事センターにおいて受け取ることができる。

- ② 執筆者が前項に規定する数量を超える抜刷を希望する時は、本人がその実費を負担しなければならない。

附 則

- 1 この規程の改正は、編集委員会の3分の2以上の委員の同意を必要とする。
- 2 この規程は、2018年7月19日より施行する。
- 3 この規程の改正条項は、2019年5月13日より適用する。
- 4 この規程の改正条項は、2020年1月23日より適用する。

編 集 後 記

常磐大学看護学部が開設して2年目の梅の季節を迎え、常磐看護学研究雑誌の第2巻が完成いたしました。本巻では、研究報告6編、資料1編を掲載することができました。

研究テーマは多岐に渡り、「看護学」の奥深さや幅広さを再認識する機会となりました。新たな知見を示していただいた投稿者の皆様に感謝いたします。

また、特別寄稿として、富田敬子学長からSDGs時代に求められる看護人材についてお言葉を頂戴しております。看護基礎教育に関わる大学教員として、心に留め置きながら日々の学生教育に携わっていきたいと思います。看護学部教員一同、お礼申し上げます。

さらに、論文を査読して頂いた学内外の先生方におかれましては、お忙しいところ大変丁寧にご対応いただき、改めて感謝申し上げます。

昨年度に引き続き、編集委員として著者の思いをのせた「投稿論文」を完成版として仕上げていく作業に他のメンバーと一緒に携わることができたことは望外の喜びであり、研究活動をしていく上で、大変刺激を受けました。第3巻でも多くの皆様が投稿してくださいと幸いです。

(黒田 暢子)

編 集 委 員

坂間 伊津美 黒田 暢子
田村 麻里子 菅原 直美

常磐看護学研究雑誌 第2巻

2020年3月 発行

編集発行人 常磐大学看護学部

〒310-8585 水戸市見和1丁目430-1
電 話 029-232-2511(代)

常磐総合印刷株式会社

印刷・製本 〒310-0036 水戸市新荘3-3-36
電 話 029-225-8889(代)