

2022年度

新潟県看護協会看護学会集録

テーマ

『多様化する生活を支える看護の力』

と き 2022年11月30日（水）

と ころ 朱鷺メッセ

公益社団法人 新潟県看護協会

2022 年度新潟県看護協会看護学会によせて

2022 年 11 月 30 日
公益社団法人新潟県看護協会
会長 斎藤 有子

新潟県看護協会看護学会は、3 年ぶりの開催となります。学会を皆様と一緒に開催できますことを大変うれしく思います。

新型コロナウイルス感染症が続く中で、2020 年度は、研究論文の誌上掲載のみとなり、2021 年度は日本看護学会が新潟会場で開催する計画であったことから当協会の学会は実施しませんでした。今年度は、初の会場開催及びライブ配信・オンデマンド配信の併用により行うことといたしました。

研究論文の発表数は 21 題で、新型コロナウイルス感染症の対応等の影響もあり、減少しましたが、投稿いただきました皆様に、深く敬意を表します。

また、県内の看護系大学より指導に関わっていただきました皆様に、心より感謝申し上げます。

お忙しい日々の業務の中で取り組まれた研究の成果をご高覧ください。

今年度の学会のテーマは、「多様化する生活を支える看護の力」です。新型コロナウイルス感染症は、社会の変化を大きく加速化させ、私たちの暮らしにも大きな影響をもたらしました。医療と生活の両方の視点から人々の療養指導や支援を行っている看護職は、あらゆる場で看護の力を発揮することが一層求められ、その対応に大変苦慮されていることと思います。

このような状況の中で、患者さんやご家族に寄り添い、向き合うということは容易ではありません。そばにいることの意味や本来やりたい看護を見つめ直すと同時に、看護職自身も自分を大切に元気に過ごす事が重要と考えます。

そこで、特別講演は、「思いやる心は傷つきやすい」Office Asako 代表 日本赤十字看護大学名誉教授 武井麻子氏、教育講演は、「妖怪人間ベムは永遠に笑わない一生きる意味、それは間（あわい）にー」京都大学大学院人間・環境学研究科研究員 佐藤泰子氏をお招きし、お話ししていただきます。今後の看護の一助となればと思います。

さらに、「専門性の高い看護職員の育成に向けて 県内の関係機関と連携しての取組」をテーマに、取組の状況を報告するとともに、さらに新潟モデルを進める契機とするため交流集会を企画しました。多くの皆様のご参加を期待します。

本学会が看護の本質を考え、活発な意見交換や知識の修得の場として、会員一同と共に学びあうものとなるよう努めてまいります。

最後に、本学会の開催にあたり、企画、運営に携わっていただきました学会委員の皆様、研究にご協力いただきました各施設の皆様に深く感謝申し上げます。

2022年度 新潟県看護協会 看護学会 日程表

11月30日(水)

朱鷺メッセ 2階中会議室

Web開催

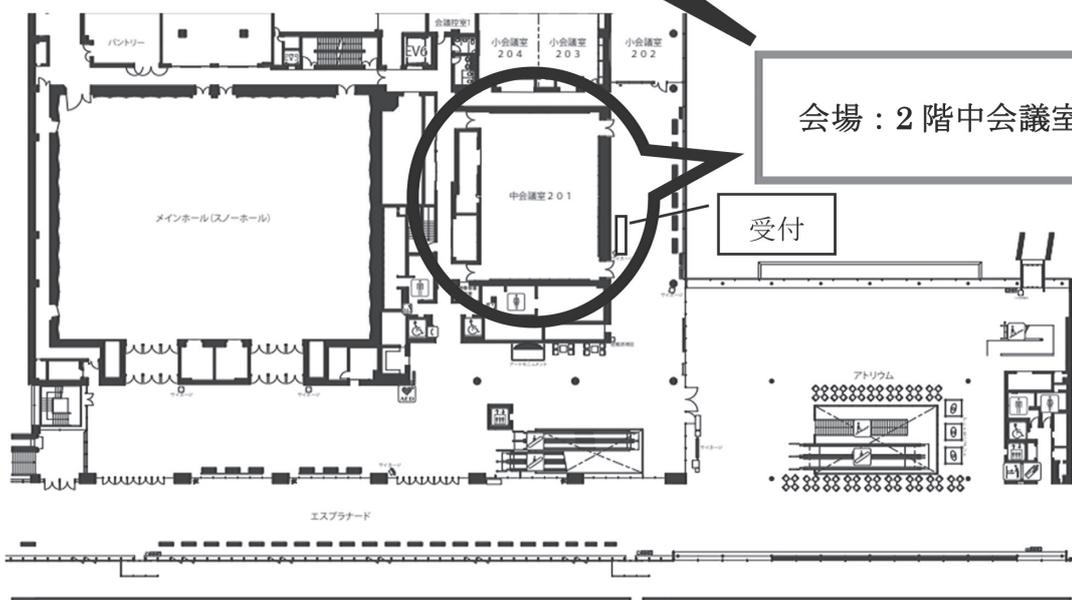
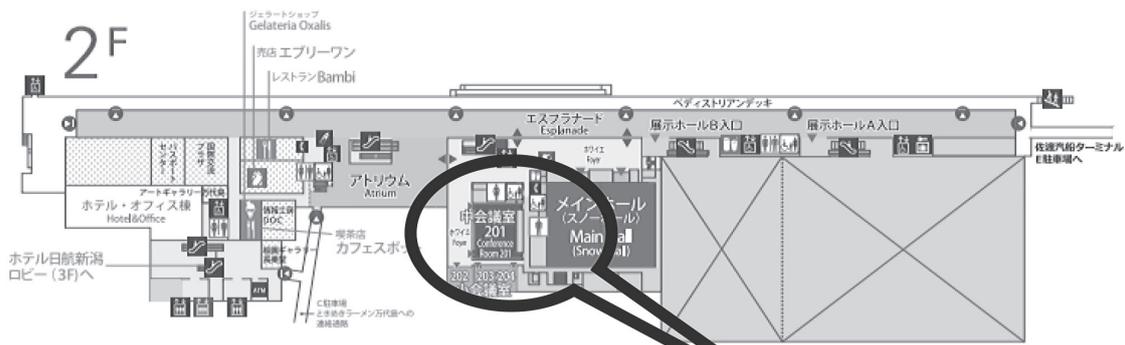
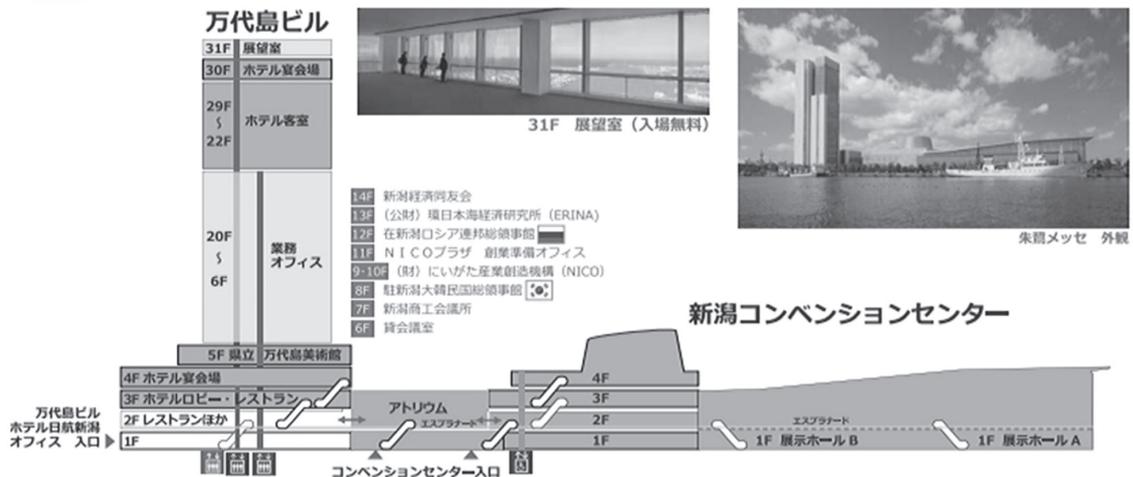
	9:45	10:30	12:00	13:00	14:00	14:10	15:45
会場 (講演) 2階 中会議室	9:45 開場 10:00 オリエンテーション 10:15 会長挨拶	10:30~12:00 <特別講演> 思いやる心は傷つきやすい 演者 武井麻子 Office Asako 代表 日本赤十字看護 大学名誉教授	休憩	13:00~14:00 交流集会 専門性の高い看護 職員の育成について 一県内の各機関と連 携しての取り 組み一	休憩	14:10~15:40 <教育講演> 妖怪人間ベムは 永遠に笑わない 演者 佐藤泰子 京都大学大学院 人間・環境学研 究科 研究員	閉 会 式

12月1日(水)~23日(金)オンデマンド配信

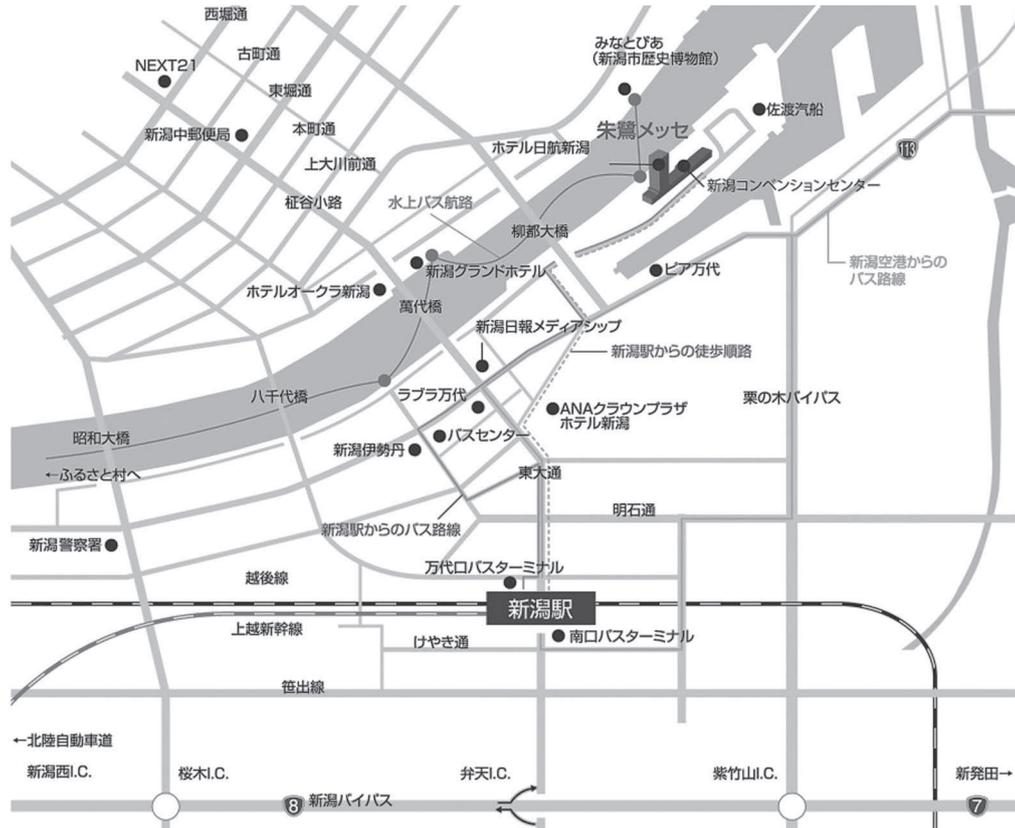
会場案内

朱鷺メッセ 館内マップ

朱鷺メッセには、美術館、展望室等の公共施設、ホテル、レストラン、コンビニなど多彩な施設が揃っています。



交通アクセス



● 朱鷺メッセへのアクセス

■ 新潟駅から

バス〈佐渡汽船行〉・・・約 10 分

タクシー・・・約 5 分

徒歩・・・約 20 分

■ 新潟空港から

バス〈新潟駅まで〉・・・約 25 分

タクシー・・・約 20 分

参加者へのご案内

開催概要

< 会期 > 現地開催：11月30日（水）
※当日は、特別講演、交流集会、教育講演となります。

オンデマンド配信：12月1日（木）～12月23日（金）17:00まで

< 視聴サイト > 新潟県看護協会ホームページ内の学会より、視聴サイトにアクセスしてください。

< 視聴方法 > ログインIDとパスワードを使用し、学会視聴サイトにログインしてください。

参加登録

学術集会の参加には、会員、非会員を問わず、事前の参加登録が必要です。新潟県看護協会ホームページ内の学会「参加登録」よりご登録ください。

参加登録された方は、現地参加(限定100名、事前申込者のみ)・オンデマンド視聴のどちらも可能です。

< 現地参加 >

・現地参加の際には、事前に送付された参加証を持参し、(ネームカードになります)に必要事項を記入し、会場内では首からさげてご使用ください。

※なお、学会当日に参加証または集録集を忘れた方は、受付にお申し出ください。その際、集録は実費(1,500円)をいただきます。

< オンデマンド視聴 >

- ・11月30日の特別講演、教育講演、交流集会はライブ配信です。
- ・12月1日～23日17:00迄、特別講演、教育講演、交流集会及び口演をオンデマンド配信いたします。
- ・視聴サイトへのアクセスは、集録送付時に送りましたログインID、パスワードが必要です。

総合受付・参加受付

- ・場所：朱鷺メッセ 2階 中会議室
- ・日時：11月30日（水） 10:00～15:50
- 受付：9:30
- 開場：9:45

会場参加にあたっての留意事項

- 1) 講演会場内では携帯電話の電源を切るか、マナーモードをお願いします。
- 2) 講演会場は全て飲食禁止です。
- 3) 講演内容につきましては、本学術集会が許可したもの以外の録画、録音、写真撮影は禁止となっておりますのでご了承ください。
- 4) 会場に関してご不明な点は、スタッフ用ネームプレートをつけた係員にお尋ねください。
- 5) 昼食は休憩時間におとりください。
朱鷺メッセ内及び隣接する施設にレストラン等があります。

研究発表について

- ・12月1日からの配信となります。質疑応答については事前収録配信のため受け付けません。
あらかじめご了承ください。

新型コロナウイルス感染症対策のための対応について

以下のご協力をお願いいたします。

- ・会場入り口付近に設置したサーモグラフにて検温をお願い致します。
- ・体調不良、体温37.5度以上の方は入場をお断りいたします。
- ・会場内ではマスクの着用をお願いいたします。
- ・手指消毒、ソーシャルディスタンスの確保をお願いいたします。
- ・会場内は可能な限り換気させていただきます。

その他

- ・クロークはありません。貴重品・コート・お荷物の管理は各自でお願いいたします。
落とし物や忘れ物は、受付でお預かりしています。
- ・会場付近に有料駐車場があります。本協会ではスタンプ等の発券はいたしません。
- ・会場内の呼び出しは、いたしません。
緊急の呼び出しにつきましては、連絡掲示板を入口に設置しております。
- ・講演会場はすべて禁煙です。ご協力をお願いします。

演題発表プログラム

【第1群】

妊娠期間中の体重増加量と分娩予後、新生児・周産期合併症との関係

新潟県厚生農業協同組合連合会 村上総合病院 相田 悦子・・・1

コアニードル検査を受ける患者の不安軽減に向けた取り組み

フローチャート・パンフレットを活用し検証する

新潟県厚生農業協同組合連合会 長岡中央総合病院 酒井 道子・・・4

血液濃度を反映した血尿スケールの作成

医師と看護師で血尿の程度を共通認識するために

長岡赤十字病院 山田 かおり・・・7

手術室看護を可視化することによって得られる効果

看護計画導入の取り組み

医療法人愛仁会 亀田第一病院 水野 あゆみ・・・10

【第2群】

コロナ禍での面会制限による、家族の不安・不満

リモート面会を行ったアンケート結果を通して

医療法人社団 健進会 新津医療センター病院 風間 大輝・・・13

A 病院の過去 4 年間における人工呼吸器装着患者の動向から呼吸ケアサポートチームの今後の課題を考察する

社会医療法人新潟勤労者医療協会 下越病院 阿部 貴宏・・・16

透析導入期の患者の思いについて

透析導入初期指導に結びつける

新潟県厚生農業協同組合連合会 豊栄病院 前田 洋子・・・19

透析患者における蛋白質摂取量増加への取り組み

蛋白質食品群チェックシートの効果と課題

新潟県厚生農業協同組合連合会 三条総合病院 藤枝 智明・・・22

【第3群】

妊娠期におけるメンタルヘルスの実態調査

妊娠初期間診票、妊娠期 EPDS、育児支援チェックリストを導入して

新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院 塚田 文枝・・・25

A 病院泌尿器科における尿道カテーテル留置患者のカテーテル関連トラブルと在宅での管理上の問題

新潟県厚生農業協同組合連合会 糸魚川総合病院 齊藤 千恵子・・・28

新潟県看護職員認知症対応力向上研修受講者の研修評価

事後課題研修の実施から

新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院 竹内 真奈美・・・31

新潟県内診療所に勤務する看護職の役割及び資質向上の実際に関する調査

新潟県看護協会 看護師職能Ⅱ委員会 伊藤 理加・・・34

【第4群】

介護医療院職員が受ける入所者・家族によるハラスメントの実態調査

新潟県厚生農業協同組合連合会 あがの市民病院 増子 恵・・・37

車いすに抑制された認知症患者を見て看護師が抱く思い

医療法人魚野会 南魚沼市民病院 関 陽志郎・・・40

『FISH！哲学』を導入した生き活きと働くための職場環境作り

医療法人社団 健進会 新津医療センター病院 本間 善枝・・・43

急性期看護師のストレス状況とその対処行動の発見

看護師の生活の質・仕事へのモチベーション向上を目指す

医療法人愛仁会 亀田第一病院 増子 綾香・・・46

病棟内でのリハビリスタッフとの連携強化を目指して

「回復期リハビリテーション病棟協会 看護・介護 10 か条」の達成を目指した取り組み

社会医療法人 嵐陽会 三之町病院 佐藤 祥子・・・49

【第5群】

退院支援アセスメントシートを活用して

若手看護師の退院支援アセスメント能力の向上を目指した取り組み

社会医療法人新潟勤労者医療協会 下越病院 武田 桃子・・・52

新人看護師の成長過程の把握への取り組み

独自の新人手技チェックリストを用いて

社会医療法人新潟勤労者医療協会 下越病院 渡邊 将秀・・・55

透析看護に対する不安軽減の試み 学習会を実施して

医療法人社団葵会 新潟聖籠病院 小林 ゆかり・・・58

認知症病棟における接遇マナーに対する看護職者の意識と行動

アンケート調査を用いての効果

医療法人立川メディカルセンター 柏崎厚生病院 塚田 昌寿・・・61

特別講演

『思いやる心は傷つきやすい』

2022年11月30日（水）10:30～12:00

【2階 中会議室】

講師 武井 麻子

(Office Asako 代表・日本赤十字看護大学名誉教授)

座長 河内 学

(医療法人白日会 黒川病院 看護部長)

「思いやる心は傷つきやすい」

Office Asako 代表・日本赤十字看護大学名誉教授

武井 麻子

対人援助職にとって、「思いやり」はなくてはならないものと思われている。少なくとも援助される側は、それを期待する。たしかに、誰かが不幸な目に合っているのを見たとき、人はたいていかわいそうに思い、「何かしてあげなければ」「どうにかしてあげたい」という気持ちになるものだ。しかし、心の中では、むごたらしい場面などを見れば、「怖い」と思い、逃げ出したくなるかもしれない。

つまり、そうした思いやりは、ある意味で心理的プレッシャーとなるのである。思いやりのストレスと言ってもよい。とくに、対人援助を職業として日常的に行う場合、そうしたストレスに慢性的にさらされることになる。

今回は、それが働く人にどのような影響を及ぼすのかについて、考えていきたい。

武井 麻子 (たけい あさこ)

【略歴】

東京大学大学院医学系研究科博士課程修了。修士課程に在籍中から海上寮療養所（千葉県）の看護科および社会療法科に勤務。治療共同体をめざすさまざまなグループ活動に従事。その間、英国ケンブリッジの精神科病院にて6か月研修。その後、日本赤十字看護大学及び大学院にて精神保健看護学・コンサルテーション論を教授。定年後はOffice-Asakoを立ち上げ、さまざまな対人援助職へのコンサルテーションを行う傍ら、東京都立大学特任教授として5年間勤務。

〈主な著書〉

『精神看護学ノート』『感情と看護一人とのかかわりを職業とすることの意味』、『「グループ」という方法』『思いやる心は傷つきやすいーパンデミック下の感情労働』など。

交流集会

テーマ

『専門性の高い看護職員の育成に向けて
— 県内の各機関と連携しての取組み — 2022 』

2022年11月30日（水）13:00～14:00

【2階 中会議室】

座長 斎藤 有子 （公益社団法人新潟県看護協会 会長）

講師 小泉 美佐子（新潟県立看護大学 学長）

小山 諭（新潟大学大学院保健学研究科 医学部保健学科教授）

杉田 洋子 （新潟大学医歯学総合病院 副病院長・看護部長）

高橋 みはる

（新潟大学地域医療教育センター魚沼基幹病院 副病院長兼看護部長）

帆苺 久美

（新潟県福祉保健部医師・看護職員確保対策課副参事）

新潟県看護協会看護学会 交流集会 専門性の高い看護職員の育成に向けて

～県内の各機関と連携しての取組み～

要 旨

座長 公益社団法人新潟県看護協会 齋藤 有子

医療の場は病院中心から地域・在宅へ移行するなど医療提供体制も変化し、複数疾患を持ち長期にわたって暮らしの場で療養する患者や利用者に対し、医療と生活の両面から総合されたケアを提供することが一層求められるようになってきた。急性期医療から在宅医療まで広く対応できるためには、看護師数の増加だけでなく、専門性の高い看護職員が不可欠であり、看護職が看護の専門性を発揮することを通して、健康状態の維持増進、病状の悪化を予測した予防的対策を提供することが重要である。

新潟県では、医師とともに看護師が不足しており、医療を支える人材の確保、育成が喫緊の課題となっている。令和元年度に「専門性の高い看護職員の育成検討会」を立ち上げ、支援体制の整備、関係機関の役割の明確化、連携促進に取り組む必要性を確認し、報告書にまとめられた。

令和2年度からは、養成機関の早期設置、有資格者の活動の可視化と活用促進、看護管理者の理解促進等に取り組んでいるが、その推進役となっている5名の方から取組状況を報告いただき、関係機関が連携して課題解決に向けて対策を講じていくための足掛かりとする。

最初に、新潟県立看護大学学長の小泉美佐子様は、専門性の高い看護職員の育成検討会の会長として検討会を運営し、結果を報告書にまとめられた。現在は教育機関の立場で取組を推進されている。

次に、新潟大学大学院保健学研究科医学部保健学科教授の小山諭様は、今年度から感染管理認定看護師（B課程）教育課程を開講された。

三番目の新潟大学医歯学総合病院の副院長・看護部長の杉田洋子様は、医療機関の立場で、特定行為研修機関としての取組み及び有資格者の活動支援に尽力されている。

四番目の魚沼基幹病院副院長兼看護部長の高橋みはる様は、魚沼地域をモデルとして感染管理認定看護師の育成、活動支援、地域の医療ニーズへの対応について取り組まれている。

最後に、新潟県福祉保健部医師・看護職員確保対策課副参事（看護職員確保・育成係長）の帆苅久美様は、行政の立場で、看護職員の確保育成対策はもとより、県内の関係機関の連携推進に努められている。

新型コロナウイルス感染症への対応が迫られ、感染管理認定看護師教育課程の設置が進んだが、地域の医療ニーズに対応し、新潟モデルの可能性を探る機会としたい。

【略歴】

1979年新潟県職員として採用され、保健所の保健師として県内の保健所に勤務
新潟県福祉保健部健康対策課課長補佐、障害福祉課長、新潟地域振興局健康福祉部部長を歴任
2017年公益社団法人新潟県看護協会常務理事、2018年6月より現職

「専門性の高い看護職員育成検討会」の立ち上げと“新潟モデル”について

新潟県立看護大学長 小泉 美佐子

令和3年10月1日現在、新潟県の高齢化率は33.4%（全国29.1%）である。高齢化はさらに進み医療・介護を必要とする人々の増加が見込まれる。本県は医師とともに看護職員も慢性的に不足しており、医療人材の確保・育成は喫緊の課題となっている。このような状況への対応に向けては、医師、看護職員の量的な確保のみならず、高い専門性を具備した専門看護師、認定看護師、特定行為研修を修了した看護師の育成が必要不可欠である。以上を背景として令和元年度に「専門性の高い看護職員の育成検討会（以下検討会）」を立ち上げた。検討会は「新潟県における看護職員の確保・定着及び資質の向上のために、専門看護師、認定看護師、特定行為研修を修了した看護師の育成に向け関係機関と検討し、支援体制の整備及び関係機関の役割の明確化、連携促進を図ること」を目的とした。

検討会委員の構成は、病院看護管理者、看護系大学教員、職能団体等（新潟県看護協会・訪問看護ステーション協議会等）から成り、オブザーバーに県福祉保健部医師・看護職員確保対策課が加わった。検討会報告書には、次の4点を重点的に取り組む必要があるとした：①ニーズの高い認定看護師教育課程（認知症看護、感染管理、皮膚排泄ケア、摂食嚥下障害看護）の早期設置、②受講しやすい環境の整備と支援、③専門看護師教育課程の充実、④資格取得後の専門性向上のための学習支援及び環境づくり。

この取り組みにあたり、各機関の役割・活動を盛り込んだ「専門性の高い看護職員育成”新潟モデル”」を作成した。今回、「専門性の高い看護職員育成”新潟モデル”」について、大学等教育機関の取り組みを中心に紹介する。

小泉 美佐子（こいずみ みさこ）

【略歴】

1967年日本医科大学看護専門学校卒業

1983年千葉大学大学院看護学研究科修了

日本医科大学附属病院、北里大学病院において、通算12年間の臨床看護経験を積む。

筑波大学医療技術短期大学部、自治医科大学看護短期大学の看護教員を経て、1997年群馬大学医学部保健学科教授、2011年新潟県立看護大学教授、この間、両大学大学院において専門看護師教育課程を立ち上げ教育に携わる。

2017年4月～現職

感染管理認定看護師教育課程開講状況について

新潟大学大学院保健学研究科教授 小山 諭

講演内容

- ・感染管理認定看護師教育課程（B課程）とは
- ・開設準備
- ・開講と講義などの進み具合
- ・現状と問題点

小山 諭 (こやま ゆう)

【略歴】

昭和63年（1988）群馬大学医学部卒業
同年4月新潟大学医学部第一外科入局
新潟大学医学部第一外科及び関連病院で研修
平成10年（1998）医学博士号取得
平成12年（2000）新潟大学医学部第一外科助手
平成14年（2002）新潟大学大学院消化器・一般外科助手（現助教）
平成25年（2013）新潟大学大学院消化器・一般外科准教授
平成27年（2015）新潟大学大学院保健学研究科教授
現在に至る

〈役職・資格〉

日本臨床栄養代謝学会：理事・代議員・編集委員、指導医、新医師・歯科医師教育セミナーWG長
日本外科代謝栄養学会：理事・評議員・編集委員・国際委員・倫理／利益相反委員会委員長・教育指導医
日本在宅静脈経腸栄養研究会：世話人・監事
日本栄養アセスメント研究会：世話人
日本サルコペニア・悪液質・消耗疾患研究会：世話人
日本乳癌学会：乳腺専門医・指導医
日本内分泌外科学会：評議員、専門医
日本外科学会：認定医、専門医、指導医
日本消化器外科学会：認定医
ESPEN：Member, TTT
アメリカ外科学会：FACS

感染管理認定看護師教育課程、実習施設として、また有資格者の活動支援について

新潟大学医歯学総合病院
副病院長・看護部長 杉田 洋子

新潟県では専門性の高い看護職員育成の育成検討会がまとめた「新潟モデル」の実装として、2022年度に感染管理認定看護師教育課程B課程を開講した。B課程は2020年度から日本看護協会が資格認定を行う新たな認定看護師養成分野であり特定行為研修を含んでいる。新潟大学医歯学総合病院は特定行為研修指定研修機関として、新潟大学大学院保健学研究科保健医療高度専門職教育センターと連携し、感染管理認定看護師教育課程運営に一定の役割を担うこととなった。

本院は特定行為研修指定研修機関として、今年で3期目を迎えた。一般公募型で開講し、在宅から急性期迄の幅広い領域を含む15区分28行為のコースを設定し、コースには感染管理認定看護師教育課程B課程の区分も含んでいた。またB課程を修了した感染管理認定看護師が指定研修機関の研修支援者を務めており、開講準備から参加した。運営では演習支援や実習施設として協力していく予定である。

次に、特定行為研修指定研修機関開講後の本院看護職員の育成を紹介する。指定研修機関として開講後、急性期領域のコース充実を図り、「外科基本」、「集中治療パッケージ」、「術中麻酔管理領域パッケージ」を追加して本院看護職員の受講を推進してきた。特定行為を含む看護実践に挑戦する修了生も少しずつ増え、今年度は院内における特定行為実践の段階に入った。安全・安心に医行為を含む高度実践を提供するには院内で調整すべき課題は多い。患者・家族への情報提供、医療安全体制の整備、指導医との連携体制、活動時間の確保、終了後のスキル向上環境等に取り組んでいるところである。専門性の高い看護職員としては他に、専門看護師、認定看護師等も活躍している。専門性の高い看護職員全体の支援体制整備が必要である。看護職キャリア開発システムによる受講から実践までの支援体制整備、専門領域での活動時間体制の確保等、活動支援体制を整備してきた。

社会福祉や医療体制の変革の中、医療ニーズに応え、専門性の高い看護職員の育成と安全で安心な医療提供体制の整備が急がれる。組織的な体制整備は看護管理者の重要な責務である。今回、感染管理認定看護師教育課程B課程における連携指定研修機関として取り組み、および本院の専門性の高い看護職員への活動支援の取り組みについて報告する、

【略歴】

1984年に新潟大学医療技術短期大学部を卒業 2020年新潟青陵大学看護学修士
1984年より新潟大学医学部附属病院に勤務
2002年看護師長
2012年副看護部長
2016年認定看護管理者
2018年より新潟大学医歯学総合病院副病院長・看護部長

有資格者を輝かせるための魚沼地域モデル事業 地域をつなぐ魚沼ワーキング

新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院
副病院長兼看護部長 高橋 みはる

魚沼地域は平成 27 年に「地域全体で一つの病院」をスローガンとして、三次救急・高度医療・周産期医療・二次救急・慢性期医療を機能分担して魚沼医療再編が行われた。看護師の現状は、医療機関が必要とする看護師確保が不十分であり、かつ周産期医療・がん医療・高度医療・在宅医療など専門性の高い看護師の育成が課題となっていた。看護管理者の組織管理において人材育成とその活用は常に最重要課題であり、有資格者育成に対しても個人への期待と看護の質向上につながる期待が大きいため、有用性は大いに認識している。

令和 3 年「専門性の高い看護職の育成 新潟モデル」が示され、魚沼が抱える問題解決に向けて、“魚沼ワーキング”（新潟県・看護協会と地域の橋渡し）が発足された。魚沼モデルを展開するためには、魚沼看護職会議が主になって、行政や教育機関・医療機関・有資格者が問題について相互理解する取り組みが必要であった。

それぞれの立場で議論した結果、問題は「人材育成」「研修関連」「コロナ感染症」「その他」の 4 つのカテゴリーに分けられた。どこの施設でも有資格者が疲弊している現実を目の当たりにした。これは中小病院関係なく恒常的な看護師不足に伴い「多忙」→「研修に出せない」→「疲弊」→「質が低下」→「諦め」→「組織が衰退」など研修受講に対して負の連鎖が生じていることがわかった。看護管理者の有資格者への期待と有資格者がやりたいことに乖離があり、有資格者の脳力を最大限に発揮できるような支援に苦慮している現実も見えた。今の人材を疲弊させない“磨く、輝く、活用する”ことが次世代を育成することにつながると考える。

取り組み内容は、有資格者への理解と組織的支援を目的として 3 回シリーズ化で「看護管理者の意識の向上」を計画した。有資格者を対象に意識調査を行い、現状についてディスカッションし、管理者のスキル向上や育成計画を具体的にイメージできることがねらいである。

有資格者が輝き生き生きと活動することで、看護職のロールモデルとなる。そして、地域の中で特定分野の知識・技術を深めた看護師が増えることで、やがては 24 時間を通して質の高い看護ケアが提供できるようになり、「地域全体で一つの病院」の質の底上げに寄与できると考える。

【略歴】

- 1981 年 国立病院機構神奈川病院附属看護学校卒業 済生会新潟総合病院入職
- 1991 年 新潟県病院局勤務
セカンドレベル受講
新潟県立十日町病院 看護副部長兼看護師長
- 2014 年 新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院 派遣（看護副部長）
産業カウンセラー資格取得
- 2018 年 新潟県立リウマチセンター 看護部長
- 2020 年 現職

行政の立場から

新潟県福祉保健部医師・看護職員確保対策課
副参事（看護職員確保・育成係長） 帆苺 久美

新潟県の看護職員数は、「看護職員養成」、「再就業の促進」、「勤務環境の改善」、「県内就業の促進」を柱に取組をすすめて、人口10万人あたりの看護職員数（1,243.0人）は年々増加し、全国（1,166.0人）をやや上回っている状況にある。

しかし、県内病院の看護職員の充足率は年々上昇し8割を超えているものの、就業場所別にみると、200床未満の病院では7割程度にとどまり、訪問看護事業所の就業者数については令和7年には平成30年の2.76倍の需要が見込まれている。

また、県内7つの二次医療圏域別では県全体の値を上回るのは新潟、中越の2圏域のみであり、県全体の値を下回る5圏域のうち、県央圏域は全国値より少ない状況にあるなど、「就業場所別」「地域別」偏在の解消が大きな課題であり、引き続き看護職員の確保に取り組んでいるところである。

このような状況の中、平成30年度から看護職員数の増加に向けた取組に加え、専門性の高い看護職員の育成の必要性について関係者にヒアリングを行い、令和元年度に新潟県立看護大学を中心に、新潟県看護協会、新潟県がアシスティングメンバーとなり「専門性の高い看護職員の育成検討会」（以下、「検討会」という。）を設置した。

検討会は県内看護系大学5校、7つの医療圏域から看護部長、関係機関として訪問看護ステーション協議会、新潟県看護教員の会、新潟県看護協会の代表者により構成され、オブザーバーとして井部俊子新潟県福祉保健部参与が加わり検討を重ね、「専門性の高い看護職員育成～新潟モデル～」を提示した報告書を令和2年3月に取りまとめた。

令和2年度から、新型コロナウイルス感染症対応にあたりながらも、高度化、専門化する医療ニーズに対応できる人材を育成するとともに、県内でキャリアアップできる機会を拡充し、看護職員の確保及び定着につなげることを目的に、関係機関が新潟モデルに示された役割を共有、連携して取り組んでいる本県の状況について報告する。

【略歴】

1995年保健師として新潟県入庁

保健所、本庁での勤務を経て、2020年より現職

教育講演

テーマ

『妖怪人間ベムは永遠に笑わない』

2022年11月30日（水）14:10～15:40

【2階 中会議室】

講師 佐藤 泰子

（京都大学大学院 人間・環境学研究科）

座長 斉藤 まさ子

（長岡崇徳大学 教授）

「妖怪人間ベムは永遠に笑わない」

－生きる意味、それは間（あわい）に－

京都大学大学院人間・環境学研究科 佐藤泰子

「妖怪人間ベム」の主人公である3人は本来は恐ろしい妖怪の姿なのだが、普段は、ベムは成人男性、ベラは成人女性、ベロは6歳の少年のような風貌をしている。彼らは人間の役に立つ行為をしていればいつかは人間になれると信じている。死ぬことができない妖怪は「早く人間になりたい」と、死の運命にある人間になりたいがる。実写版における第3話は、生きる希望を失くし死にたがる男性とともに展開する。何度も自殺しようとする男性にベムは「おれたちは死ぬこともできず、だれとも関わらず、ただ生きている」とその悲しさを訴える。あるときベロが「ねえ、おいらたちも人間になったらいつか必ず死んじゃうんだよね、それでも人間になりたいって思う？」とベムに聞く。ベムは「ああ、やっぱり、おれは、人間になりたい」。「そっか、実はおいらも」とベロが満面の笑みを浮かべる。

この物語には、永遠のいのちと生きる意味についての問いかけがある。もし永遠に生きるならば、「今、ここ」には、もはや意味がなくなる。いつか終わりがくるから「今」の意味が立ち上がってくる。たとえば、資格をとるための受験勉強など、永遠に生きるのであれば「今」やらなくてもいい。死なないなら医学や科学は求められないし、発展や努力は不要である。つまり、死なないのであれば「限られた時間をどう生きるか」「やり残したことがあるのか、それが何なのか」と問う必要もない。死は、限られた生の時間に意味を与える契機なのである。永遠のいのちをもつ妖怪よりも限りあるいのちを生きる人間を選びたい妖怪の思いに生の意味深さが読み取れる。

「生きる意味」は、言葉で説明できるものではなく、ぼんやりと我々の中に潜んでいる。元気に日常を生きているときは、「生きる意味」を問うこともない。「生きる意味」を問い質す必要もない。ところが、絶望し危機的状況に追い込まれたとき、つまり「生きる意味」らしきものを失いかけたときに、「生きる意味を問う」という仕方で「生きる意味」の後ろ姿を追いかける。

「生きる意味」を問う瞬間に「生きる意味」は遠のき、そのうしろ姿だけを我々に見せるのである。確かにあるのだが、その真相が見えないのである。

もし生きる意味がどこかにあるとしたら、それはだれかとの間（あわい）にある。人の存在の意味は「～として」という構造の中にしかない。母として、父として、看護師として…自己の生活のあらゆる場でその都度、自己の意味が「～として」の中に立ち上がってくる。この「～として」が成立するには必ずそこに「だれか」がいる。親、子ども、患者…など、だれかがいるから「～として」の自己がいる。「～として」を成立させる他者（人とは限らない）との間（あわい）が、自己の居場所となる。自己の居場所を確保するために、人はだれかと生きようとする。「だれかという」という単純な構造の中に自己の存在の意味も自己の居場所もある。

佐藤 泰子 (さとう やすこ)

【略歴】

2009年京都大学大学院人間・環境学研究科博士課程修了

京都大学博士（人間・環境学）取得

現在，京都大学大学院人間・環境学研究科研究員

京都大学，京都看護大学，聖泉大学，京都経済短期大学，

大阪人間科学大学等で死生学，医療倫理，

コミュニケーション論等の授業担当

コミュニケーション，ケア，倫理，死生などを研究していくなかで「人が苦しいとはどういうことか」についての解明が必要であることに気づく。そこで「人はなぜ苦しみ，そこからどのようにして新しい1歩を踏み出すのか」を構造的に理解するためのシェーマ「苦しみと緩和の構造」を構築した。「苦しみと緩和の構造」、哲学、倫理学、死生学をもとに援助のあり方を探っている。

講演では、人間の苦しみと言語の関係を手掛かりに「聴くこと」「語ること」の本当の意味を解説する。そこが腑に落ちると誰でも援助的聴き手となりうることを伝えている。

また、死生観に伴う命題「生きる意味への問い」について、アニメや文学をモチーフにわかやすく解説し、さらに人間関係（間（あわい））を端緒としたコミュニケーションのあり方を説いている。

〈主な著書〉

『死生の臨床人間学－「死」からはじまる「生」』晃洋書房

（「死」と「生」を倫理的側面から論じ、援助とコミュニケーションの在り方を追究した新刊）

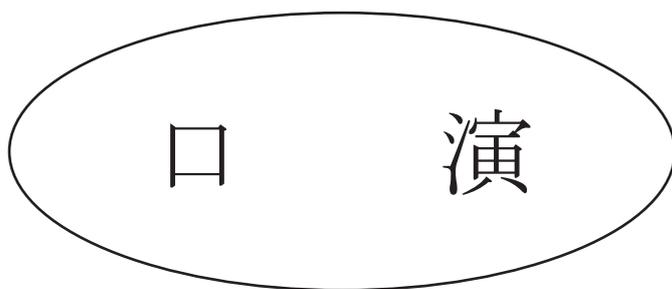
『苦しみと緩和の臨床人間学－聴くこと，語ることの本当の意味－』単著晃洋書房

『患者のカーガんに向き合う生に向き合う－』編著晃洋書房

『ヒューマンケアと看護学』共著ナカニシヤ出版

『メンタルヘルスの理解のために－こころの健康への多面的アプローチ』共著ミネルヴァ書房
等

《メモ》



口

演

妊娠期間中の体重増加量と分娩予後、新生児・周産期合併症との関係

Keyword 非妊娠時体重、妊娠期間中体重増加量、出生体重、分娩予後、新生児・周産期合併症

○相田 悦子（新潟県厚生農業協同組合連合会 村上総合病院）

I. はじめに

「健やか親子 21」¹⁾では、低体重及び低栄養状態の妊婦の食生活が低出生体重児の増加の関連性や成育への影響、児の成人期の生活習慣病の発症リスクを高める素因に繋がるため、妊娠中の食生活改善の必要性と対策を提言している。甲斐村²⁾は、「非妊時の過体重や妊娠中の過剰な体重増加量は、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、帝王切開、巨大児、新生児仮死など発症リスクに深く関連している。」と述べており、母児の安全のために、非妊娠時体重や妊娠期間中の体重増加量を考慮した管理の重要性が再認識されている。そこで、今後の妊婦の体重管理や食生活指導などの保健指導に活用することを目的に、現状を把握する実態調査を行い、妊婦の非妊娠時体重と妊娠期間中の体重増加量が、分娩予後や新生児・周産期合併症の関連を調査したので報告する。

II. 研究目的

症例データをもとに実態調査を行い、非妊娠時体重と妊娠中の体重増加量が、分娩予後や新生児・周産期合併症の関連を調査する。それを踏まえ、今後の妊婦の保健指導に活かす。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：実態調査研究

2. 研究対象：2015年4月1日から2020年3月31日までの5年間に非妊娠時体重が確認でき体格の算出が行え、かつ妊娠期間中の体重増加量、出生体重、分娩様式、新生児・周産期合併症のデータが収集できた予定帝王切開を除く、分娩症例364例。

3. 研究期間：2020年6月1日～2022年2月28日

4. データ収集方法：外来・入院カルテより、非妊娠時体重、妊娠期間中の体重増加量、出生体重、分娩様式、新生児・周産期合併症の有無を抽出した。

5. データ分析方法：

全てのデータの記述統計を行った。

1) 全症例の妊娠期間中の平均体重増加量、平均出生体重を割り出し、分娩様式、新生児・周産期合併

症（妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、低出生体重児、巨大児、早産）は、症例数と割合を算出した。

2) 非妊娠時体格区分による分類

非妊娠時体格を日本産婦人科学会周産期委員会「妊娠中の体重増加の目安について」³⁾を基に1)のデータを【低体重群、普通体重群、肥満1度群、肥満2度以上群】³⁾の4群に分類し、症例数と割合を算出した。

3) 非妊娠時体格区分別体重増加量区分による分類

「各体格区分別体重増加量目安」³⁾を参考に、【低体重群、普通体重群、肥満1度群（以下それぞれ低体、普通、肥1）】を【目安少、目安、目安多（以下それぞれ目少、目安、目多）】³⁾の3群、【肥満2度以上群（以下肥2）】は、【目安、目安多（以下それぞれ目安、目多）】³⁾の2群に分け、2)のデータを11群に分類し、症例数と割合を算出した。

6. 倫理的配慮

個人が特定できないよう必要項目のみを抽出し、研究に使用するデータは厳重に管理する。また、当研究の目的のみにデータを使用する。

IV. 結果

1. 全症例の結果

全症例364例及び初・経産婦の特性、分娩様式、新生児・周産期合併症について表1に示す。初・経産婦の内訳は、初産婦129例（35.4%）経産婦235例（64.6%）であった。平均年齢29.6歳、平均分娩週数39週4日であった。体格区分別では低体重群11.3%、普通体重群78.0%、肥満1度群9.6%、肥満2度以上群1.1%であった。初・経産婦では、どちらも普通体重群が多いが、2番目に割合が多かったのは、初産婦肥満1度群、経産婦低体重群であった。平均体重増加量は11.4kg、平均出生体重は3125gであった。分娩様式は、自然分娩318例87.4%、吸引分娩9例2.5%、鉗子分娩なし、誘発・促進分娩18例4.9%、帝王切開19例5.2%であった。初・経産婦では、経産婦の自然分娩が94.0%と多

かった。また初産婦の帝王切開 11.6%と全体平均より多かった。周産期合併症は、妊娠高血圧症候群 13 例 3.6%、妊娠糖尿病 1 例 0.3%、低出生体重児 18 例 4.9%、巨大児 7 例 1.9%、早産 9 例 2.5%であった。また初産婦の妊娠高血圧症候群は、6.2%と症例平均より多かった

表 1、全症例の特性と周産期予後

	全体	初産婦	経産婦
人数 (%)	364 (100)	129 (35.4)	235 (64.6)
年齢 (歳)	29.6	27.4	30.8
分娩週数	39.4	40.2	39.1
分娩回数 (%)	1.8		1 回 137 (58.7) 2 回以上 98 (41.7)
体格区分症例数 (%)			
低体重群	41 (11.3)	8 (6.2)	33 (14.0)
普通体重群	284 (78.0)	103 (79.8)	181 (77.0)
肥満1度群	35 (9.6)	17 (13.2)	18 (7.7)
肥満2度以上群	4 (1.1)	1 (0.8)	3 (1.3)
平均体重増加・平均出生体重・分娩予後・周産期合併症症例数 (%)			
平均体重増加量	11.4	11.4	11.6
平均出生体重	3125	3025	3176
自然分娩	318 (87.4)	97 (75.2)	221 (94.0)
吸引分娩	9 (2.5)	7 (5.4)	2 (0.9)
誘発・促進分娩	18 (4.9)	10 (7.8)	8 (3.4)
帝王切開	19 (5.2)	15 (11.6)	4 (1.7)
妊娠高血圧症候群	13 (3.0)	8 (6.2)	5 (2.1)
妊娠糖尿病	1 (0.3)	0	1 (0.4)
低出生体重児	18 (4.9)	7 (5.4)	11 (4.7)
巨大児	7 (1.9)	3 (2.3)	4 (1.7)
早産	9 (2.5)	3 (2.3)	6 (2.5)

表 2、体格区分別分娩予後及び周産期合併症

体格区分 (%)	低体重群	普通体重群	肥満1度群	肥満2度以上群
平均体重増加量	11.7	11.4	12	7.4
平均出生体重	3262	3176	3274	3537
自然分娩	95.2	89.1	62.9	100
吸引分娩	0	2.8	2.9	0
誘発・促進分娩	2.4	4.6	11.4	0
帝王切開	2.4	3.2	25.7	0
妊娠高血圧症候群	2.4	1.8	20	0
妊娠糖尿病	0	0.4	0	0
低出生体重児	4.9	3.9	14.3	0
巨大児	0	1.8	5.7	0
早産	0	1.8	11.4	0

2. 非妊娠時体格区分別の結果

非妊娠時体格区分の特性及び分娩予後、新生児周産期合併症を表 2 に示す。平均体重増加量は【低体】11.7 kg、【普通】11.4 kg、【肥 1】12.0 kg、【肥 2】7.4 kg であった。平均出生体重は、【肥 2】は 3500g を超えたが、他の 3 群は、平均に近かった。分娩様式では、【低体】は、自然分娩が 95.2%と多かった。【普通】は、全症例平均と同程度であった。【肥 1】は、自然分娩が 62.9%と平均より少なく、誘発・促進分娩 11.4%、帝王切開 25.7%と平均より多かった。【肥 2】は全例自然分娩であった。新生児・周産期合併症では、【低体、肥 2】は合併症が少なく、【普通】は全症例平均と同程度で

あった。【肥 1】は、妊娠高血圧症候群 20%、低出生体重児 14.3%、巨大児 5.7%、早産 11.4%と平均より多かった。

3. 非妊娠時体格区分別体重増加量分類の結果

【肥 2/目安】の症例はなかった。症例の割合では、【低体/目少】61%、【肥 1/目多】45.7%、【肥 2/目多】100%と多かった。平均体重増加量は、【低体、普通、肥 1/目少】はそれぞれ 9.2 kg・7.7 kg・4.4 kg、【低体、普通、肥 1、肥 2/目多】はそれぞれ 17.5 kg・16.2 kg・16.8 kg・7.4 kg であった。平均出生体重は、【肥 2/目多】で 3500g を超えたが、他は、非妊娠時体格区分と同様に差はみられなかった。分娩様式では、自然分娩は【低体、肥 2】で割合が高く、【普通/目多】で平均を下回り、【肥 1】は体重増加量に比例して、自然分娩の割合が減り、【肥 1/目多】は 50%であった。誘発・促進分娩は、【普通/目多】と【肥 1】で症例数は少ないが割合が平均より多かった。帝王切開は、【肥 1/目多】で 43.7%と割合が多く、また全例初産婦であった。周産期合併症では、妊娠高血圧症候群は、【肥 1】18.8~22.2%と多く、【肥 1/目多】は全 3 例初産婦であった。低出生体重児は、症例数は少ないが、【肥 1/目少・目安】20%以上と多かった。巨大児は【肥 1/目多】2 例 12.5%であった。早産は、【肥 1/目少】2 例 22.2%であった。

V. 考察

日本産婦人科学会周産期委員会⁴⁾では、自然分娩 57.2%、吸引分娩 6.5%、誘発・促進分娩 29.1%、緊急帝王切開 16.3% (以上概算) と報告している。本調査では、自然分娩 87.4%、吸引分娩 2.5%、誘発・促進分娩 4.9%、緊急帝王切開 5.2%と調査対象は自然分娩が多い集団であった。非妊娠時体格区分では、【普通】の割合が全国⁵⁾の 20 歳台 70.4%、30 歳台 68.7%に比べ 78.0%と多かった。非妊娠時体格区分の平均体重増加量は、【普通】は目安以内だが、【低体】は 11.7 kg と目安未満、【肥 1、肥 2】は 12 kg、7.4 kg と目安以上であった。さらに各体格区分別体重増加量分類では、【低体/目少】は 61%と症例数が多く、【肥 1/目多】45.7%、【肥 2/目多】の症例数が 100%であった。この症例数が、【低体】や【肥 1、肥 2】の平均体重増加量に影響を与えていると考えられた。産婦人科診療ガイドライン産科編 2020⁶⁾ (以下ガイドライン) は、痩せ女性や体重増加が少ない妊婦に低

出生体重児、早産などのリスクの高さを指摘している。また宇野⁷⁾は、「妊娠中期もエネルギー量と栄養素の不足が見られた」と報告している。本調査では【低体】は、経産婦の割合が多く、また分娩様式や周産期合併症に影響は少なかった。しかし、【低体/目少】の割合が多く、平均体重増加量の過少が見られたことから、リスクを念頭に必要な栄養摂取法や適正な体重増加量を目指す保健指導が必要であると考えられた。

【肥1、肥2】は、平均体重増加量が目安範囲を超えており、また【肥1、肥2/目多】の割合が多かった。ガイドライン⁶⁾では、肥満女性や体重増加が著しい場合、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、帝王切開分娩、巨大児などのリスクを挙げている。本調査でも、特に【肥1】は、体重増加量に比例し、自然分娩が減少した。【肥1/目多】の帝王切開は全症例が初産婦であり、また43.7%と多かった。これは、過重な体格と過大な体重増加量が分娩様式に影響したと考えられた。また【肥1】は、妊娠高血圧症候群、低出生体重児、早産の症例を認め、特に【肥1/目多】は全国の巨大児の割合が0.8%⁸⁾に対し、平均1.9%、【肥1/目多】2例12.5%と割合が高まった。甲斐村²⁾は「帝王切開のリスク要因は過体重体格であることが示唆された。」邸⁹⁾は、「PIH（妊娠高血圧症候群）は胎児の発育障害を引き起こし、早産や低出生体重児の重要なリスク因子である。」と述べている。本調査の

【肥1】は、妊婦の過重な体格の影響もあるが、体重増加量が増えるに応じて、巨大児、帝王切開、妊娠高血圧症候群、低出生体重児が上昇する傾向がみられた。また妊娠高血圧症候群が、児の発育障害を招き、低出生体重児や早産の割合に関連していると考えられた。林¹⁰⁾は肥満妊婦の管理に対し、「体重コントロールが良好で体重増加が抑えられていたとしても、やせや標準のレベルまで頻度は低くならない」と述べている。【肥1】は体重増加量に比例し合併症の割合が高まった。

以上のように、各体格区分及び各体格区分別体重増加量は、分娩様式や新生児・周産期合併症の出現に関連していることが示唆された。体重増加量を目安以内とする体重管理指導は、分娩様式への影響や新生児・周産期合併症の予防に繋がると考えられる。「健やか21」妊婦のための食生活指針¹⁾にも示されているように、妊婦が体格に応じた体重増加量を理解できる保健指導の取り組みは必要である。

VI. 結論

体重増加量を目安以内とする体重管理指導は、分娩様式への影響や新生児・周産期合併症の予防に繋がると考えられる。妊婦が体格に応じた体重増加量を理解できる保健指導の取り組みは必要である。

引用文献

- 1) 厚生労働省「健やか親子21」推進委員会 (2021)、「健やか親子21」妊婦のための食生活指針、
<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/02/h0201-3a.html>. (2021年11月3日閲覧)
- 2) 甲斐村美智子、小田政子、三瀬浩：エコチル調査熊本大学サブユニットセンターの参加者の特性、日本衛生学会誌、72、128-134、2017.
- 3) 日本産婦人科学会(2021年6月16日). 一般のみなさまへ、
https://www.jsog.or.jp/news/pdf/20210616_shuuchi.pdf. (2021年8月1日閲覧)
- 4) 池田智明、杉山隆：報告 周産期委員会、日本産婦人科学会誌、73巻6号、664-677、2021.
- 5) 厚生労働省 (2020)、令和元年国民健康・栄養調査、
<https://www.mhlw.go.jp/content/000710991.pdf>. (2021年12月1日閲覧)
- 6) 日本産婦人科学会：産婦人科診療ガイドライン産科編2020、45-48、2020.
- 7) 宇野薫、武見ゆかり、林芙美：妊娠前BMI区分やせの妊婦の栄養状態・食物摂取状況の特徴、日本公衆衛生誌、第63巻、第12号、738-749、2016.
- 8) 厚生労働省(2021)、令和2年度出生に関する統計の概況人口動態統計特殊報告、
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyuu/syussyo07/d1/02.pdf> (2021年12月1日閲覧)
- 9) 邸冬梅、坂本なほ子、荒田尚子：低出生体重児の母体要因に関する疫学研究、厚生学の指標、第61巻第1号、1-8、2014.
- 10) 林昌子：妊娠中の体重増加量と周産期リスク、助産雑誌、vol173no.02、102-105、2019.

コアニードル検査を受ける患者の不安軽減に向けた取り組み

～フローチャート・パンフレットを活用し検証する～

Keyword CNB フローチャート パンフレット 不安軽減

○酒井 道子 米岡 祐里亜 水野 咲子 (新潟県厚生農業協同組合連合会長岡中央総合病院)

I. はじめに

A病院では、検診異常や乳房のしこりの自覚症状を主訴として年間約 2000 名の患者が外科外来を受診している。検診異常や乳房のしこり等の症状があった場合は、乳癌だけではなく良性の腫瘍や乳腺症の場合も多いことから良性か悪性かを診断するために、まずマンモグラフィ検査や乳房エコー検査が最初の検査である。そしてその検査の結果次第で、組織を採取、染色し顕微鏡検査で観察するコアニードル検査を行い診断をつける流れになっている。コアニードル検査とは、局所麻酔を行い 16～18G 針を乳房病変部に穿刺し、体外に組織を取り出す検査である(以下 CNB と省略)。当院では、画像検査の結果を説明後、当日に CNB を実施することが多く、患者は検査結果への不安とその直後に、追加検査を行う恐怖、不安を抱えることになる。医師が検査結果を説明した上で CNB の説明を行い、患者から同意を得られた後、看護師が補足説明をしているのが現状である。患者からは検査への不安の訴えが多く聞かれていることから、CNB に対するイメージができないまま検査を受けているのではないかと考えた。そのため、初診から診察の順序の流れを初診時説明用紙(以下フローチャートと省略)で提示し、患者に情報提供を行い CNB 決定時、検査に対する不安を軽減するためにパンフレットの説明が有効かどうか検証したのでここに報告する。

II. 研究目的

初診時フローチャートを提示し、CNB を受ける患者へパンフレットを活用することで、検査に対する不安が軽減しているかを、患者へのアンケート調査により検証する。

III. 研究方法

1) 研究期間

2020 年 7 月～10 月

2) 研究対象

しこりの自覚症状がある患者、または検診で異常カテゴリー 3 以上の者を対象に初診時フローチャートを提示し、パンフレットに沿って、説明後に CNB を実施した患者 49 名とした。なお、研究対象は自身で署名でき、アンケート記入が可能な患者とした。

3) 研究手順

- ①外科外来に初めて受診した患者に、フローチャートを提示し説明する。
- ②画像検査の結果説明当日、CNB 決定した患者に、パンフレットを使用し 5 分程度で説明を行う。説明後 CNB を実施する。
- ③ CNB 終了後アンケート用紙と返信封筒を渡す。
- ④アンケートは、再診日までに郵送していただく。
- ⑤アンケートの内容を集計する。

4) データ収集方法及び分析方法

アンケート項目を集計して、記述統計を実施した。

5) 倫理的な配慮

本研究は当院看護部、院内倫理委員会の承認を得た。対象患者に研究の趣旨を説明し、同意を得た患者にアンケート調査を実施。実施したアンケート内容に関しては、研究目的以外で使用しないことを厳守する。また、対象者には研究への参加は自由意志であること、アンケート調査を実施しなかったことによる不利益は生じないこと、研究後速やかに処分することを説明する。

IV 結果

1) 対象患者

49 名にパンフレットを使用して説明後、アンケートを配布し 46 名(有効回答率 94%)の回答を得られた。

2) アンケート結果

初診時にフローチャートの説明と検査決定時にパンフレットを使用した説明を受け、診察と検査の順序を理解できたかの問いには、よく理解できた21名(43%)、理解できた24名(49%)、あまり理解できなかった4名(8%)、まったく理解できなかった0名(0%)であった。(図1)

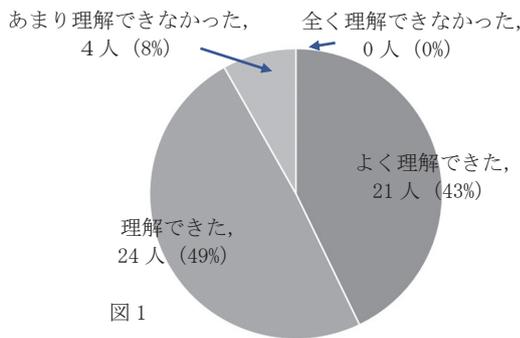


図1
Q1. 初診時に初診時説明用紙の説明と検査決定時にパンフレットを使用した説明を受け、診察と検査の順序を理解できましたか?

検査に対しての不安の内容として、検査時の痛みについての不安が最も多く38名(54%)、検査の方法18名(25%)、検査後の安静度7名(10%)、検査の部位5名(7%)、検査時の体位0名(0%)、検査時の痛み38名(54%)、その他3名(4%)であった。(図2)

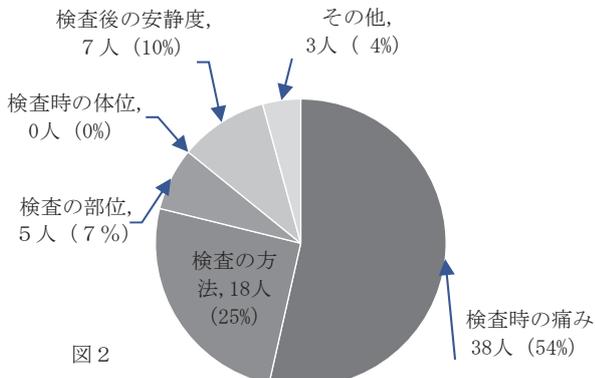


図2
Q2. 検査に対してどのような不安がありましたか?

初診時のフローチャートと検査決定時のパンフレットを使用した説明を受け、検査に対する不安は軽減できたかの問いにはかなり軽減した11名(26%)、軽減した18名(43%)、あまり軽減しなかった12名(29%)、全く軽減しなかった1名(2%)であった。(図3)理由として、「どのように検査するのか分かって不安が軽減できた」という意見があった。軽減しなかったという回答には「説明を聞いても検査に対

する不安や痛みへの恐怖心が軽減したように思えなかった」という意見があった。

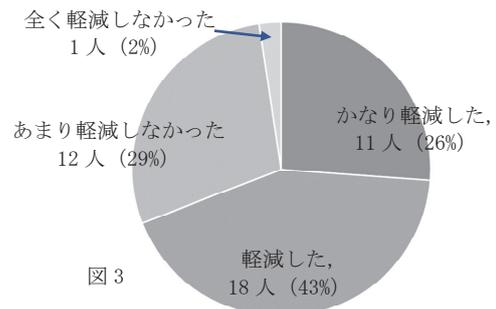


図3
Q3. 初診時の初診時説明用紙と検査決定時のパンフレットを使用した説明を受け、検査に対する不安は軽減できましたか?

検査決定時にパンフレットを用いた説明のタイミングや時間については、適切であったが41名(89%)適切でなかった5名(11%)であった。(図4)適切であったと回答した理由として「待ち時間にじっくりパンフレットを読むことができたから」という意見が多かった。

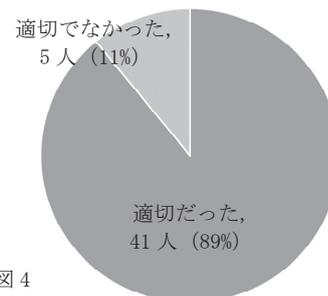


図4
Q4. 検査決定時にパンフレットを用いた説明のタイミングや時間は適切でしたか?

V 考察

乳房は女性にとり、性差を意識する臓器であるため、診察に際して他にない独自の配慮が必要である。今回初診から診断までの必要な検査、手順がわかるフローチャートの作成とCNBについてのパンフレットを作成して使用した。検診異常と乳房に自覚症状を持って受診する患者の多くは、自分ががんではないかと大きな不安を抱えている。そのため今後の検査をイメージできることを目的としてフローチャートとパンフレットを作成した結果、よく理解できた、理解できたが合わせて92%以上であった。この結果から、診察の流れや検査の順序は理解できたと考える。患者の中には、初診で検査を行いある程度診断がつくのではないかと考えて来院する患者も多い。最初にフローチャートを使用し説明したことで、

様々な検査を経てから診断が出るということが理解されたと考えられる。実際患者からも、「どういう流れで検査し、結果がわかるのかが理解できた。」「どのように検査するのか分かって不安が軽減できた。」という意見があった。今回、日常の関わりの中で患者の訴えをもとに、検査方法、検査費用、検査時の痛み、検査後の過ごし方を記載したパンフレットを作成したことから、69%の患者が検査に対する不安が軽減したと考えられる。これらの結果から、口頭の説明だけではなく図が入ったパンフレットを作成したことは、視覚からもより分かりやすく統一した内容の説明ができ、検査に対する理解に繋がったと考える。

しかし、31%の患者が検査に対する不安が軽減しなかったとの回答であった。アンケートでも、54%の患者が痛みについての不安を持っており、パンフレットの中身の検査時の痛みに対する説明が「チクリ」という表現のため、イメージがつきにくく、伝えたい内容と患者が欲しい情報に相違があったことが要因の1つであると考えられる。看護師自身も実際にCNBを受けたことがないため患者がイメージしやすい表現ができず今回の結果となった。これらのことを踏まえて、検査を経験した患者からどんな痛みであったか調査し、かつパンフレットの言葉選びを慎重に行い、患者の痛みに対する不安に寄り添ったパンフレットを作成する必要があるのではないかと推測する。

また、阿部は「患者の不安や理解している事柄を十分にアセスメントし適切な情報提供によって、患者の不安の軽減を図ることが重要である」¹⁾と述べている。がんかもしれないという患者の不安は計り知れない。その上、痛みを伴う追加検査が必要となると、どんなパンフレットを使用しても不安を取り除くことは困難である。しかしながら、検査前の患者の不安を完全に取り除くことは出来ないが、看護師の関わりや情報提供によって不安を軽減することは出来る。実際、検査前のパンフレットの説明だけでなく、検査中訴えを表出しやすいような雰囲気作り、処置に伴う痛みなどの感覚情報をその都度伝えていくなどの声かけをした。患者からは、「不安でし

たが声をかけていただきとても落ち着いて検査を受けることが出来た。自分の気持ちも話すことが出来てリラックスして出来た。」という意見があった。患者は、長時間仰臥位で両胸を出した状態が必要となり、心理的緊張も高まる。検査の様子が見えない患者に対して医師の言葉の補足をし、検査の進行状況を伝えることが看護師の役割である。本研究を通し、事前にフローチャートやパンフレットを使用し検査内容や方法の情報提供を行い、患者が診察や検査を受けるための心の準備が出来るようになったが、乳がんではないかという不安はなくなるということがわかった。だからこそ看護師は患者個々の不安に寄り添うことが最も重要であると考えられる。

VI. 結論

1. フローチャートの説明と検査前にパンフレットを使用した説明をしたことは、患者にとって有効である。
2. CNBを受ける患者にとってパンフレットを活用したことは完全な不安の軽減には繋がらなかったが、看護師が患者の不安の内容を理解し、その不安に対して寄り添ったケアを行う事が重要である。

引用文献

- 1) 阿部恭子、金井久子、武石裕子：乳がん患者へのトータルアプローチエキスパートナースをめざして、PILAR PRESS、p.146、2005.

参考文献

- 1) 遠藤みどり、患者個々に合わせた術後疼痛マネジメント：看護師に求められる観察と実践、看護技術、65 (1)、2019.
- 2) 坂本明子、天野定雄、小倉道一他：乳癌検診—受診率向上を願う医療従事者が、知っておくべき患者との意識とのズレ—、日本乳癌検診学会誌、16、22-29、2007.

血液濃度を反映した血尿スケールの作成

- 医師と看護師で血尿の程度を共通認識するために -

Keyword 血尿 血尿スケール 共通認識

○山田 かおり 秋藤 とも子 高橋 文子 (長岡赤十字病院) 片桐 智美 (同検査課)

I. はじめに

A病棟では血尿の程度を視覚的判断で「ビタミン色」、「紅茶」、「スイカ」などの言葉で表現していた。しかし、その言葉からイメージする色は各個人で多少の差があった。数年前に医師・看護師で共通認識できるように、西沢¹⁾らによるヘマトクリット値 (以下、Ht 値) が明記された「血尿スケール」を参考に、A病棟でも5段階のスケール (以下、旧血尿スケール) を作成した。旧血尿スケール作成時は混入した血液のHt 値を考慮する認識に欠けていたため、同等の血液を混入しても色調が合わなかった。そこで、同じ色調になるように血液を追加して作成し、使用した。その結果、概ね、血尿の表現に統一性が図られた。しかし、Ht 値が不明で客観性に欠けたスケールであった。より客観的な指標となる血尿スケールで血尿の程度を医師・看護師で共通認識できれば、病棟内だけでなく、病院全体で活用できるのではないかと考えた。そこで、Ht 値が明確な血尿スケール (以下、新血尿スケール) を作成することにした。Ht 値を明確にすることで、おおよその出血量も共通認識でき、適切な判断・対応にもつながると考えた。

II. 研究目的

血液濃度を反映した新血尿スケールを作成することで医師・看護師で血尿の程度が共通認識できる。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

調査研究

2. 対象

泌尿器科医師3名、A病棟看護師31名

試料提供者として20XX年9月～12月に泌尿器科に入院し、血尿を呈した患者のうち、本研究実施に際し、協力の了承を得られた患者86名

3. 調査期間

2018年5月～2019年3月

4. 調査方法

検査課の協力のもと、決められた作成方法に沿って新血尿スケール (図1、2) を作成すると共に、了解を得られた患者の様々な濃度の血尿写真を撮影した。その中から目視でスケールI～VIに沿った写真を12枚選択した。新血尿スケールを用いて、医師・看護師がスケールのI～VIのどのレベルと判断したのか、無記名で調査用紙に記載してもらい、回収袋に提出してもらった。

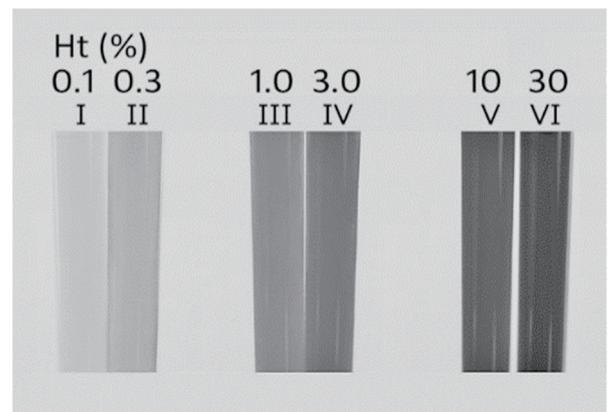


図1. 新血尿スケールの表面

スケールⅠ・Ⅱ 経過観察					
スケールⅢ・Ⅳ 膀胱灌流考慮					
スケールⅤ・Ⅵ Dr コール					
ただし血尿リスクのない患者が血尿になった場合、この範囲にとどまらず主治医の指示に従う					
尿 100ml 中のあたりの赤血球混入量					
Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ	Ⅵ
0.1ml	0.3ml	1.0ml	3.0ml	10ml	30ml

図 2. 新血尿スケールの裏面

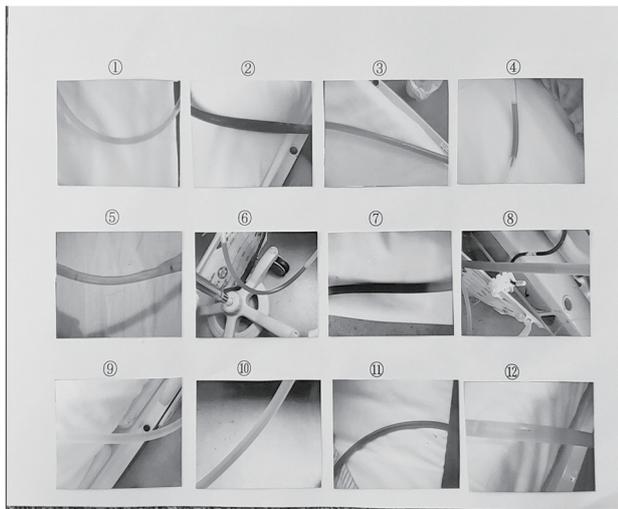


図 3. 12 枚の血尿写真

5. 分析方法

調査用紙より、それぞれの写真の判断レベルについて、配分比率を算出し、比較検討した。

6. 倫理的配慮

本研究は長岡赤十字病院医療倫理委員会の審査の承認（長岡病総第 1426 号）を得た上で、対象者には研究の目的や研究参加の自由性、個人情報保護等を説明し、同意を得た。

IV. 結果

12 枚の血尿写真を医師 3 名・看護師 31 名が新血尿スケールのⅠ～Ⅵのどのスケールと判断するか調査した結果、33 名から回答が得られた。調査用紙回収率は 97%、有効回答率は 100%であった。12 枚の写真のうち、全員が同じ判断に至ったのは⑨の 1 枚であった。割合で見たときに医師と看護師で判断が一致したのは

8 枚、判断が分かれたのは②、⑦、⑩の 3 枚であった。看護師数名は 5 枚の写真を 1 つのスケールに当てはめられず、Ⅱ～Ⅲと判断に迷った写真もあった。

表 1. 医師の調査結果

スケール 写真	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ	Ⅵ	Ⅱ～Ⅲ
①	100%						
②					67%	33%	
③		33%	67%				
④		33%	67%				
⑤	33%	67%					
⑥			100%				
⑦				33%	33%	33%	
⑧		33%	67%				
⑨	100%						
⑩		67%	33%				
⑪				100%			
⑫	33%	67%					

表 2. 看護師の調査結果

スケール 写真	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ	Ⅵ	Ⅱ～Ⅲ
①	70%	30%					
②				3%	17%	80%	
③		3%	94%				3%
④		3%	77%	17%			3%
⑤		94%		3%			3%
⑥			63%	30%		7%	
⑦				3%	20%	77%	
⑧		3%	87%				10%
⑨	100%						
⑩		33%	50%				17%
⑪				53%	47%		
⑫	7%	93%					

V. 考察

目視では医師と看護師で 12 枚の写真のうち、9 枚が一致し、3 枚は判断が分かれた。

医師と看護師で判断が分かれた②、⑦、⑩の写真のうち、②は医師はスケールⅤと判断したが、看護師はⅥと判断していた。⑦は医師はスケールⅣ、Ⅴ、Ⅵで判断が分かれ、看護師はⅥと判断していた。⑩は医師がスケールⅡ、看護師はⅡ、Ⅱ～Ⅲ、Ⅲで判断が分かれたが、割合ではⅢと判断した看護師が最も多かった。

これらのことから看護師は医師よりも濃い判断をしていることがわかった。これは飯塚²⁾らが「看護師は《術後の急変を念頭において観察す

る」という姿勢で関わり、【術後の異常の察知と医師への報告に関する判断】を行っていた。」と述べているように、看護師は24時間、夜間、医師不在の中でも継続して観察を行っている中で、状態の悪化を想定し、対応が遅れないような判断を行っているためであると考え。

②で判断が分かれた要因を考えてみるとスケールⅤとⅥでは目視での色調の差が僅かのためであったと考える。

⑦は医師がスケールⅣ、Ⅴ、Ⅵで均等に分かれ、看護師はⅥと判断したが、写真⑦はライン内で血尿の程度が均一でなかったため、見る部位が異なり、判断が分かれたと考える。ライン内で色が異なることはあり得る。その場合、どの部位を見るのか、ライン操作をして流れてくる尿を見るのかなど観察方法によって判断は異ってくる。各個人がどのように観察しているのか確認し、統一していく必要がある。

⑩はスケールⅡ～Ⅲと判断に迷う看護師が他の写真よりも多かった。このことから、この写真はⅡとⅢの間で、スケールには無い色であったため、判断が分かれたと考える。必ずしもスケールと一致した血尿が出るわけではない。谷畑³⁾らが「スケール範囲外の血尿の場合、色彩の変化だけではなく、色調、つまり濃度の違いや透明感に重点を置いた観察が必要であることがわかった」と述べているようにスケールで全て表現することには限界がある。

今回の調査では、目視で「写真とスケールの一致性」を調査したが、実際の血尿のHt値は測定していないため、選んだスケールとの整合性は明らかになっていない。また、医師が3名しかいないため、1名の判断が結果に大きく左右された。そして、看護師の人数との差が大きいため、看護師全体との比較では調査の有効性が懸念される。少ない人数の医師との比較という点では看護師を経験年数や配属年数に分けることで調査の精度を上げられたのではないかと考える。また、経験年数や配属年数に関わらず、同じよう

な結果が得られればスケールとしての意義を高められるのではないかと考える。

医師と看護師の判断が分かれたのは12枚中3枚、一致したのは9枚であり、割合で見ると75%とほぼ一致していた。日比野⁴⁾が「色知覚に関して万人に共通の客観的尺度を構成することは不可能である」と述べているように、全員が同じ評価になること、スケールで全ての血尿を評価することには限界があるが、血尿スケールという同一の物差しで75%一致したという事実から共通認識が図られたと考える。よってある程度客観的に情報が得られるこの新血尿スケールは日々の血尿管理に有効であり、今後、院内での使用を検討していきたい。

VI. 結論

①看護師は医師よりも濃い判断をする傾向にある。

②今回の調査方法では新血尿スケールを使用することで血尿の程度は医師・看護師で共通認識が図られた。

③精度を上げた調査を行うために、調査方法の検討が必要である。

④ある程度客観的に情報が得られるこの新血尿スケールは日々の血尿管理に有効であるため、院内での使用を検討していく。

引用文献

1) 西沢理 監、泌尿器科ナーシングノート泌尿器科手帳、改訂2版、大阪、メディカ出版、120、2010.

2) 飯塚麻紀、鴨田玲子、渡辺陽子他：周手術期に対する病棟看護師の臨床判断、福島県立医科大学看護学部起要、第13号1-10、2011.

3) 谷畑雅子、阿部真弓、木村英美他：血尿判定スケールによる基準統一、第33回老年看護、228-230、2002.

4) 日比野治雄、色：最近の研究動向、VISION Vo17, 59, 1995.

手術室看護を可視化することによって得られる効果

～看護計画導入の取り組み～

keyword 手術室看護 看護計画 周手術期

○水野あゆみ 本間ひろみ 松浦康子（医療法人愛仁会 亀田第一病院）

I. はじめに

周手術期看護とは、術前・術中・術後の一貫した看護が求められ、術前からの問題、術中に予測される問題、術後に引き継ぐ問題をとらえそれぞれに対する適切な看護介入がなされる必要がある。そして患者の目標達成のためにどのような看護が行われたのかを記録に残す必要がある。

A 病院手術室での記録は病棟への申し送り事項をまとめた内容のみとなっており看護計画立案には至っていない。スタッフからは「行った看護を振り返り評価するところがない。」「やりがいを感じない。」などの意見が聞かれていた。

看護計画を立案していない現状は、実践している看護が記録に残らないため看護過程が展開されていないのと同じである。そのことがスタッフの満足感の低下に繋がっているのではないかと考えた。看護過程の展開が系統的に行われることは看護ケアの質を保証し向上させる。看護の充実が図ればスタッフの満足感も高まるのではないかと考え看護計画を導入することにした。

II. 研究目的

手術室で看護計画を立案して看護過程を展開することで、スタッフの満足感を高め手術室看護の充実を図ることを目的とする。

III. 研究方法

1. 研究期間 2021年7月～9月
2. 研究対象 A病院手術室に勤務する看護師13名（師長、研究者を除く）。手術室での経験年数5年未満2名、5年以上6名、10年以上5名。
3. 研究手順
1) 外回り看護のやりがいに関して、看護計画の必要性について「はい・いいえ」の2択式と自由

記載でアンケートを実施した。

2) 現在実践している看護ケアを可視化できる看護診断（周手術期体位性身体損傷リスク状態、周手術期低体温リスク状態、皮膚統合性障害リスク状態）を選び計画を作成した。ケア項目は看護介入分類からあらかじめ選定してチェック方式とした。またそれ以外にもケア内容を追加記載できるようにした。

3) NANDA-I看護診断の概要と看護計画用紙の使用方法について学習会を行った。NANDA-I看護診断の使用経験の有無をもとに3名から6名の3グループに分けて実施した。

4) 看護師1人あたり5症例以上看護計画を立案し、評価を終えた看護計画用紙は術前情報用紙と合わせてスタッフ同士で閲覧できるようにした。

5) 実施後の評価について「はい・いいえ」の2択式と自由記載でアンケートを実施した。

IV. データ分析方法

回収したアンケートは単純集計し、自由記載の内容はカテゴリー化した。

立案された看護計画について個別性がある内容になっているか（ケア項目の追加の有無、ケア項目が必要に応じて選択されているか）を調査した。

V. 倫理的配慮

A病院の倫理委員会で承認を得て実施した。アンケートの中で研究への参加は自由意志であること、得られたデータは目的以外で使用しないことを文章にて説明し、アンケートの回答、提出をもって同意とみなした。今回のアンケートにおいては責任を持った回答を得るため記名式とした。また回収後は速やかに個人が特定されないよう集計しアンケート用紙はシュレッダーにかけ破棄した。

VII. 結果

アンケートの回収数は12枚、回収率は92%、有効回答率は100%だった。看護計画導入前の外回り看護の充実感は6名が感じており、5名は感じていなかった。自由記載内容から「安心安全な看護の提供」「患者からのフィードバック」「力不足の自覚」の категорияが作成された(図1、表1)。

看護計画導入後の外回り看護の充実感は7名が感じており、5名が感じていなかった。自由記載内容から「自己の成長」「充実感・達成感の自覚」の

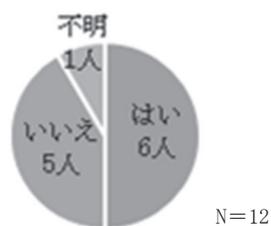


図1. <看護計画導入前>
外回り看護をしていて充実感・達成感を感じていますか

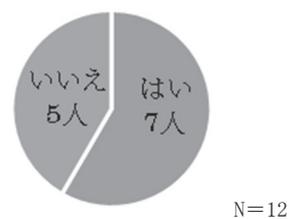


図2. <看護計画導入後>
外回り看護をしていて充実感・達成感を感じる機会が増えましたか

表1. 看護計画導入前の自由記載内容

カテゴリー	コード
安心安全な看護の提供	手術が順調に終わると安心する
	トラブルなく終わられると達成感を感じる
	患者のバイタルが安定して退室すると充実感を感じる
	入室から退室までスムーズに終了した時
	手術が終わって患者が安堵しているとき
患者からのフィードバック	患者からお礼を言われるとモチベーションが上がる
	患者からポジティブフィードバックがあった
	自身の充実感は患者の評価から得られる
	行った看護が良かったのか分からない
	患者が満足したのか確信が持てない
力不足の自覚	回復ぶりを知らず達成感低下に繋がる
	新しい機械や道具が覚えられない
	余裕がなく理想の看護ができていない
	まだ次の行動を予測して動くことができない

表2. 看護計画導入後の自由記載内容

カテゴリー	コード
自己の成長	最後まで観察するようになった
	看護をより注意して行えるようになった
充実感・達成感の自覚	計画に基づいた看護を行って目標が達成された
	得た情報が活かされた
	看護を振り返り評価することで達成感を感じた
	看護過程が展開できたことで達成感があった
	計画通りトラブルなく終了できた
	術後に訪問をして看護の評価ができた

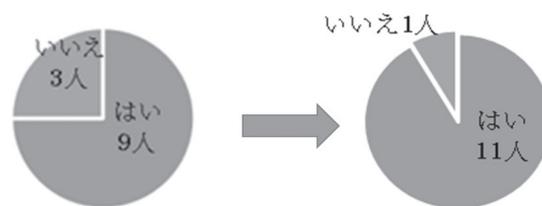


図3. 手術室に看護計画は必要であると感じますか

表3. 看護計画導入後の、看護を振り返り・評価を行った感想の自由記載内容

カテゴリー	コード
自己の成長	次の看護に活かせるようになった
	今後に活かせる評価ができてよかった
	看護を見直すことでこれからの看護に繋がると思った
	新たな気づきがあった
	他者の看護計画を見ることで勉強になった
	今までうやむやにしていたことについて考える機会になった
看護の質の向上	意識して予防策や観察、アセスメント等を行えてよかった
	情報共有が図れ、統一した看護へ繋がった
看護師業務の遂行	当たり前のことを当たり前に行った
	今までの業務との変化はない
思考のマンネリ化	看護計画での評価はワンパターン化してしまうと思った

VII. 考察

看護計画導入前は、「安心安全な看護の提供」から、手術が滞りなく終了し患者が退室することで満足感を得ているスタッフが多かった。そして手術室看護という短い関わりの中で患者からかけられる感謝やねぎらいの言葉が手術室看護師のやりがいを支えている事が分かった。一方で、実践した看護の評価が患者から得られにくい事や回復ぶりを知ることができない事などがやりがいに影響を及ぼしていた。「力不足の自覚」は、手術室看護への経験不足や業務の不慣れからくる手術室看護師としての役割が不十分とする内省の言葉と考えられる。

看護計画導入後は、看護計画を立案することにより実践する看護が明確化された。その結果意識づけが促されより責任を持って看護実践ができるようになり「自己の成長」を自覚できたと考える。小瀬¹⁾が「看護記録が充実することは、単に記録の問題だけではなく看護の達成感とやりがいにつながると考える。」と述べている。本研究も「計画に基づいた看護を行って目標が達成された」<看護を振り返り評価することで達成感を感じた>と、看護計画の導入が「充実感・達成感の自覚」にも繋がっていた。

看護計画の導入により患者からのフィードバックが増えたという意見はなかった。竹原²⁾は「ポジティブフィードバックをもらえるような看護経験が看護の充実感や達成感につながる」と述べている。今回看護計画を導入するだけではフィードバックをもらえるような機会を増やすことはできなかった。このことが看護計画導入後に充実感・達成感を感じる機会が増えたと答えた人数が7名に留まった一因と考える。これを解決するためには評価のタイミングを検討する必要がある。現在は術後訪問を行っていないため基本的に評価は当日に行なっていた。その為、術後の患者の状態を直接見たり話を聞いたりする機会がなかった。評価を後日改めて行うことでフィードバックを得る機会を増やせるのではないかと考える。

手術室に看護計画が必要であると感じるかでは、導入前後で「はい」と回答した人数が9名から11名に増えていた。導入前から必要性を感じていた人

は必要性を再確認し、もう一方は実際に看護計画を立案し看護を展開・評価することで周手術期看護の一貫として受け入れ、必要性を理解できたと考えられる。今回の実践で看護計画の必要性を確認できたことは、術前・術中・術後の一貫した看護の提供を可能にする一歩となった。

看護計画導入後の看護を振り返り・評価を行った感想から、「次の看護に活かせるようになった」と「自己の成長」を自覚し、「意識して予防策や観察、アセスメントを行えてよかった」と意識の変化がみられ「看護の質の向上」へと繋がれたと考える。アンケート結果から看護計画の導入に対して肯定的ととれる記述が多かった。看護を振り返り評価する事は看護観が高まる機会となり、看護することのやりがいや満足感へと繋がった。また、ケアを可視化したことで手術室経験に左右されず知識や技術が共有でき新たな知見を得ることができた。

今後、看護計画立案から術後訪問と一貫した看護が出来るよう実現可能な方法を工夫・検討し、組織的に取り組むことが必要であると考えられる。

IX. 結論

看護を可視化することは、実践を振り返り評価する機会になるだけでなく、新たな知見を得て学びや経験の共有ができ自己の成長へと繋がる。

(引用文献)

- 1) 小瀬裕美子 看護と情報一個別化された標準化看護の実現にむけて一：日本赤十字看護学会誌、Vol. 9、p 100-106、2009.
- 2) 竹原則子、深澤佳代子：中堅看護師の臨床実践能力の発達を促進させた看護経験—中堅看護師8名の語りの分析—、看護教育研究学会誌、7 (1)、27-38、2015.

コロナ禍での面会制限による、家族の不安・不満 ーリモート面会を行ったアンケート結果を通してー

Keyword リモート面会 面会制限 コロナ禍 家族

○風間 大輝 五十嵐 夏希 松田 和美 小瀧 佳子

(医療法人社団 健進会 新津医療センター病院)

I. はじめに

新型コロナウイルス (COVID-19) は 2019 年 12 月、中国湖北省武漢から原因不明の肺炎集団事例として世界保健機構へ報告された。その後日本でも確認され、新潟県において 2020 年 2 月感染報告されている。

A 病院では感染拡大・クラスターを防ぐためにも、2020 年 2 月より、入院患者に対して面会制限を開始した。そのため長期に渡り面会が出来ないことによる患者、家族の不安やストレスがあり、2020 年 8 月より、リモート面会を開始した。A 病院におけるリモート面会は予約制とし、主に家族に病院の一室に来院してもらい、病室の患者とスカイプ画面を利用し、患者には看護師がサポートしながら面会する方法を取っている。徐々にリモート面会利用が増えていく中で、家族からは実際に“会いたい”“会わないと状態がわからず心配”といった声が聞かれた。その都度、家族の声を傾聴し患者の状態を伝える等の対応をしていたが、こうした家族様の不満や不安から、看護師の対応として見直すべきところ、課題があるのではないかと考えた。

家族の概念について、佐々木は「家族は、私たち個人の生活に直接かかわる身近な存在で、意識調査などでも『大切なもの』の首位にあがるほど人々から高い価値に置かれている。一家団欒に象徴される温かさに包まれた家族は、身体的・精神的な疲労回復と同時に、明日の希望をもたらしてくれる何よりも私的な存在であり大切なものと位置づけられているのである」と

述べている¹⁾。このことから面会ができないことは収束のへ見えないコロナ禍で精神的苦痛が生じ、また今後も面会制限は続くことが考えられる。

本研究では入院中の患者の家族に対してアンケート調査を実施し、コロナ禍での入院中に患者・家族の思いを知ることで、不安・不満を明らかにし今後の看護に活かすために取り組んだ。

II. 研究目的

1. アンケート調査により家族の不安・不満・要望等を明らかにする
2. アンケート結果より、課題を抽出することで今後のリモート面会の方法を見直すと共に、今後の看護に活かす

III. 研究方法

1. 実態調査研究
2. 対象

令和 3 年 6 月 1 日～7 月 31 日に B 病棟 (地域包括ケア病棟) に入院した患者 (死亡した患者は除く) の家族 130 名

3. 調査期間

令和 3 年 6 月～10 月

4. データ収集方法 (または調査方法)

- 1) アンケート作成

アンケート作成後、患者家族へ返信用の封筒を同封し対象者に郵送した。

- 2) アンケート内容

- ①患者との関係②家族の年齢・性別③住まい (市内・市外・県外) ④患者との連絡の有無

⑤病棟からの電話の有無・回数⑥病棟への電話の有無⑦来院・電話連絡の際看護師と患者のことについて十分に話す機会があったかの有無⑧看護師と関わった際にどのように感じたか⑨来院する頻度⑩患者の入院期間⑪リモート面会の認知の有無⑫リモート面会の利用の有無⑬リモート面会を利用した感想⑭リモート面会を利用しなかった理由⑮リモート面会以外で患者と関わる手段⑯面会制限についてどう思っているか⑰面会制限やリモート面会に対し今後スタッフに望むこと⑱その他ご意見・ご要望

5. 分析方法

返送があったアンケートを集計し、項目ごとにグラフや表でまとめて分析した。

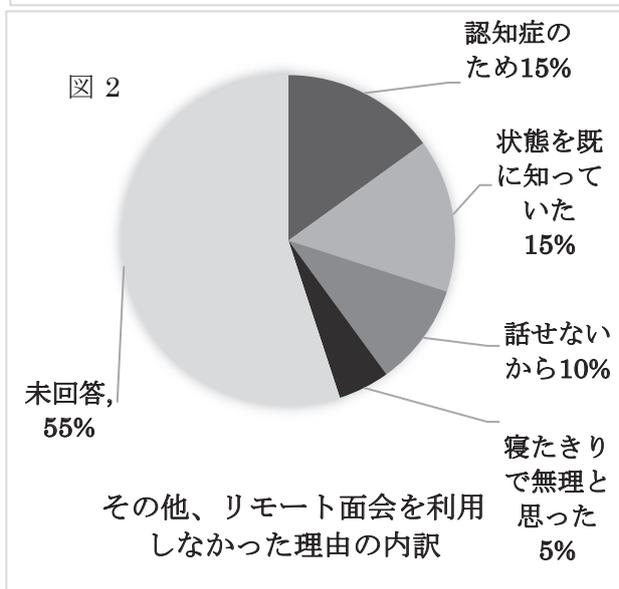
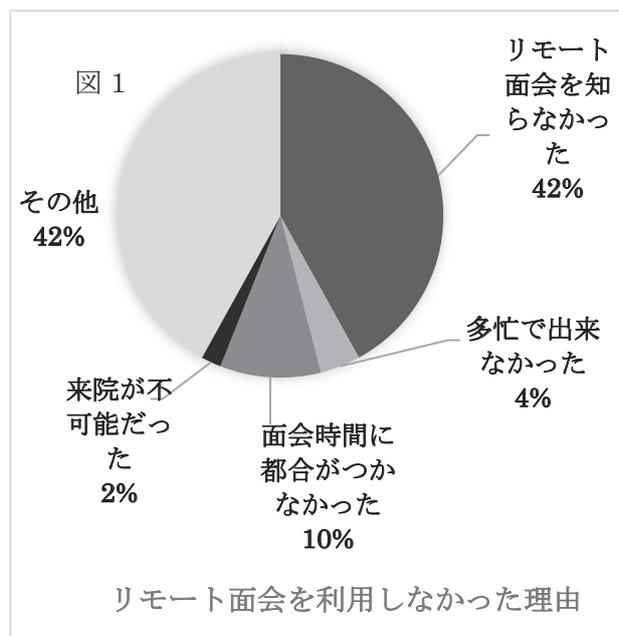
6. 倫理的配慮

対象者には拒否による不利益が生じないことを口頭又は書面にて説明し、提出をもって研究に同意したこととする。また無記名としプライバシーを厳守し実施する。本研究で得た情報は研究目的以外に使用しない事とし、A病院看護部倫理委員会で承認を得た。

IV. 結果（アンケート回収率 38%）

今回のアンケートの結果から、リモート面会を知らない家族が 43%と半数を占めていた(図 1)。リモート面会を知っている家族が半数以上に対し利用したことがあるでは 17%と低いことが分かった。リモート面会を利用しなかった理由として「リモート面会を知らなかった」が 42%、「都合がつかなかった」等が 16%であった。「その他」が 42%を占め、内訳は、「認知症のため」「寝たきりで無理と思った」で 20%を占めていた(図 2)。

しかしリモート面会を利用したことがあるという家族の中では「リモート面会をやってよかった」は 67%を占めたが「悪かった・どちらともいえない」と答えた家族が約 30%だった。「本人の表情や気持ちを感じることができなかった」「認知症の進行でうまくコミュニケーション



ンが取れなかった」という意見もあった。

「面会制限・リモート面会で医療者に求めること」の結果を見ると、「患者の状態を知らせてほしい・定期連絡が欲しい」という意見が 90%を占めており、患者の現在の状態がわからず、不安に感じている家族が多いことがわかる。

V. 考察

リモート面会を知らない人が約 43%と半数を占めていた。A病院ではリモート面会を開始したが、始めた時期が県内でも 2 番目と早く、広く家族に浸透していなかった可能性がある。また、ポスター掲示のみで積極的にアピールし

なかった事も家族の認識不足に繋がり、更に病棟ではリモート面会の方法を具体的に説明する配慮が不足していた事も半数と低い結果となった一因と考えられる。リモート面会の際は家族側には事務部職員が、患者の隣では看護師が付き添うことが分かっていたら、利用する人が増え、少しでも不安軽減につながったのではないかと考える。これらのことから、家族と関わる際に、入院中にリモートで面会ができることを具体的に説明（看護師が傍に付き添うこと等）する必要があったのではないかと考える。しかし、看護師が患者の傍でサポートしていたにも関わらず家族から「本人の表情や気持ちを感じることができなかった」「認知症の進行でうまくコミュニケーションが取れなかった」という意見もあった。ここには家族が知りたい患者の情報と看護師が伝えたい患者情報の相違が大きかったことが原因と考えられる。アンケートで「面会制限・リモート面会で求めること」の結果で患者の状態を知らせてほしいという意見が多数を占めており、不安に感じている家族が多い。看護師はただ「患者の顔を見てほしい」「変わらずに入院生活を送っている」ことを知ってほしいという思いでリモート面会に携わってきたが、家族の知りたいことは、患者の言葉や気持ちであり、看護師と家族の間に相違が生じていた。今回の新型コロナ流行などの特異的な状況により、ニーズは変化していると考えられる。そのため、今一度患者家族の立場に立ちニーズを考え、寄り添う必要がある。また児玉は「患者さん本人だけでなく『家族』全体を看護ケアの対象として捉える」⁴⁾と語っている。私たちは患者を家族に合わせるだけでなく家族の思いを知って寄り添い対応しなければならないことを強く感じた。B病棟は急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者の在宅復帰支援等を行う機能を有する病棟であり、平均在院日数は41日と入院期間は長い。入院期間が長期になればなるほど、面会で

きないことや連絡が来ないこと等で不安になる家族もいる。家族が来院された際に状態を伝えることで不安軽減につながる。そのため家族の意向の確認（定期連絡・リモート面会の再度説明・確認）をし、定期連絡は必要か（どの程度の間隔で必要かなど確認）・不要か、または頻度を確認することで、ニーズに近づくと考える。コロナ禍での面会制限等では患者・家族は状況危機にさらされている。得津²⁾は「ワルシュの『家族レジリエンス』の概念から、生活様式・経済的変化など新たな状況下において『適応』していくことが求められる。」と述べている。以上からコロナ禍の家族への看護として、環境の変化に家族の本来持つ力（レジリエンス）発揮し、適応していけるようアプローチしていく必要があると考える。

VI. 結論

- ① リモート面会するうえで家族が知りたい患者の情報と看護師が伝えたい患者の情報との乖離があった
- ② リモート面会を積極的に周知できていなかった
- ③ 患者の状態がわからない事による、家族の不安があり情報提供の仕方の検討が必要である

文献

- 1) 杉下知子：家族看護学入門、メディカルフレンド社、p2、2000.
- 2) 得津慎子：家族レジリエンス、家族療法研究、33（1）、2016.
- 3) 柳原清子：「コロナ禍の時代」の家族看護、家族システム理論を踏まえての解決志向アプローチ、44（1）1-7、2020.
- 4) 児玉 久仁子：看護 roo! 「家族ってそんなに完璧じゃないから」家族を支援するケアの意味、<https://www.kango-roo.com/specialist/8402/>（2021年12月10日閲覧）

A 病院の過去 4 年間に於ける人工呼吸器装着患者の動向から 呼吸ケアサポートチームの今後の課題を考察する

Keyword 人工呼吸器 呼吸ケアサポートチーム チーム医療

○阿部 貴宏 齊藤 智久 小川 智 (社会医療法人新潟勤労者医療協会 下越病院)

I. はじめに

呼吸ケアサポートチーム (Respiratory care support team:以下 RST) は医師や看護師、臨床工学技士など様々な職種で構成される医療チームである。A 病院でも 2010 年の「呼吸ケアチーム加算」算定に先駆け、2009 年から人工呼吸器の適切な管理・早期離脱と呼吸ケアの質の向上を主な目的として活動を行っている。

一方で COVID-19 の感染拡大などを機に、日本の集中治療体制の脆弱性が指摘されており、日本集中医療学会¹⁾も「一定レベルの人工呼吸管理等を含む重症患者管理を行うことが出来る医師を養成するシステム (認定制度など) の確立が必要」と述べている。これは看護師や臨床工学技士などのコメディカルも同様だと考える。

加えて、日本救急看護学会²⁾は「救急・集中ケアに携わる看護師は、救命のための治療やケアに力を注ぎながらも、終末期に至った場合には、患者と家族が可能な限りその人らしい最期を迎えられるように終末期看護を実践している。しかし、救急・集中ケアでは一般病棟の患者とは異なる終末期への移行や、特殊な環境での終末期看護への悩みや困難さを抱えながら実践している現状がある」と述べており、人工呼吸器の終末期医療のあり方についても同時に考えていく必要がある。

人工呼吸器管理は高度化、複雑化が進んでいくと考えられ、そのような状況に対し、RST がどのように活動していくべきなのかを考察するため、A 病院における過去 4 年間の人工呼吸

器管理患者の動向を振り返った。

II. 研究目的

A 病院における人工呼吸器管理患者の動向を明らかにし RST の今後の課題を考察する。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

分析的観察研究

2. 対象

2019 年 1 月から 2021 年 12 月までの間に A 病院へ入院し挿管管理に加え人工呼吸器を装着した 139 名。

3. 調査期間

2019 年 1 月から 2021 年 12 月。

4. データ収集方法

診療録を後ろ向きに集計した。

5. 分析方法

年齢、性別、PaCO₂、PaO₂ならびに酸素化の指標となる PF ratio、クレアチニン (Cre)、総蛋白 (TP)、集中治療における重症度評価に汎用される APACHE II スコアを背景として集計した。また、人工呼吸器を装着した対象と、抜管し急変なく経過した対象の人工呼吸器装着期間の比較検討を行った。

6. 倫理的配慮

所属施設の倫理委員会にて倫理的配慮について審査をし、承認を得た。また、データの取り扱いに際し、個人が特定されないように管理を行った。

IV. 結果

患者背景を表 1 に示す。総数は増加しているが、年齢、男女比といった背景に大きな差は見

表 1:患者背景

項目	2018	2019	2020	2021
総数 (人)	27	30	39	43
年齢(歳)	74.3±13.3	81.7±9.0	78.9±10.6	72.2±13.7
男:女	22:5	16:14	27:12	28:15
PF ratio	166.6±50.3	232.8±176.0	195.5±115.0	266.4±130.9
Cre (mg/dl)	2.06±2.21	2.2±1.39	1.70±1.60	1.60±1.40
TP (g/dl)	6.0±0.82	5.9±1.22	5.6±1.3	5.2±1.3
APACHE II	31.1±9.86	32.9±9.36	35.5±7.6	30.9±9.2

注 1:項目は全て mean±SD

られなかった。酸素化の指標である PF 比は ARDS の重症度分類では軽症から中等症で経過していたが、患者間での差が非常に大きく 2018 年以外は 100 以上の差がみられた。

Cre は 2019、2021 年でやや低下は見られたがいずれの年も異常値であり、腎機能障害を合併している率が高かった。TP は徐々に低下しており、いずれの年も低栄養状態が認められた。

重症度の指標である APACHE II スコアは 2021 年で 30.9±9.2 とやや低下がみられるが、いずれの年も平均値は 30 点以上であった。

続けて人工呼吸器を装着した全ての対象の期間を表 2 に、抜管し急変なく経過した対象の人工呼吸器装着期間を表 3 に示す。

いずれも平均期間は 2019 年が最も短かったが他の年は 30-100 日前後の管理となる対象があり、加えて各年で挿管当日に死亡するケースや翌日に離脱できた対象も多くみられ数値のばらつきが多かった。中央値でみると総数のデータは 5 日前後、離脱者のデータで見ると 7 日前後となっていた。

また、離脱率は 50% 台で経過しており、2021 年でやや低下していたが微増傾向であった。

V. 考察

総数が増加している要因としては非侵襲的陽圧換気療法 (non-invasive positive pressure ventilation: 以下 NPPV) の普及も影響していることが考えられる。NPPV は挿管下人工呼吸療法と比べ侵襲が少なく、導入しやすいと

表 2:人工呼吸器を装着した対象の期間

項目	2018	2019	2020	2021
総数	27	30	39	43
平均期間	14.6±23.2	4.9±6.1	9.5±12.3	11.3±23.0
最大値	107	32	48	134
中央値	8	3	5	4
最頻値	1	1	2	2
最小値	1	1	1	1
離脱率	46.2%	51.7%	59.8%	52.4%

注 1:挿管当日を 1 日とする。

表 3:離脱できた対象の期間

項目	2018	2019	2020	2021
総数	12	13	23	22
平均期間	14.7±17.7	5.4±3.4	11.5±12.0	8.4±6.7
最大値	68	13	48	29
中央値	10	6	7	7
最頻値	8	6	7	2
最小値	1	1	2	2

いう利点があるが、NPPV での治療効果を期待するあまり挿管による人工呼吸器療法への移行が遅れ重症化する恐れもある。石原³⁾は「近年、NPPV の導入が急性期に有効との知見が増えており、慢性呼吸不全の急性増悪時や、挿管下人工呼吸からのウィーニング、気管支喘息重積発作、ある種の急性呼吸不全等に用いられ、その有効性が指摘され、適応が拡大している。しかし、NPPV はすべての患者に有効ということではない」と述べている。NPPV 装着後の評価や挿管移行への基準について検討が必要である。

また、対象者の多くは高齢であり慢性疾患を抱えている事が考えられる。複雑な病態に加え重症度の高い対象も多く見られていたが、重症度の指標である APACHE II スコアが上昇傾向であっても、離脱率は低下しなかった。A 病院では RST が中心となり ABCDE バンドル⁴⁾ をモデルとした呼吸ケアの導入・推進を図っており、鎮静剤に加えた鎮痛剤の併用や、日中の浅鎮静での管理、人工呼吸器からの離脱検討や早期離床を進めている。瀧口は⁵⁾「近年、プロトコルに基づいた看護師主導のウィーニングや鎮静コントロールが、人工呼吸器装着期間を短縮したり、合併症発生率を減少させるなど、その有効性が報告されている」と述べている。呼吸器合併症を防ぐための多職種による早期介入が離脱率に寄与している可能性がある。今後多職種それぞれの強みを生かした介入の推進を図るとともに、人工呼吸管理・ケアの標準化を進めていく必要があると考える。

一方で、今回の研究は離脱までの経過を追ったものであり、離脱後の経過については調査できていない。一林⁶⁾らの研究では挿管からの離脱後、「治療の結果、生存群の 23.6%の患者が自宅退院できたが、それ以外の 76.4%の患者においては自宅に帰れず長期的な医療介護が必要であった」と述べている。また、人工呼吸管理を施行した高齢者の 56.7%が再度の人工呼吸管理を希望しなかったとする報告⁷⁾もある。

高齢者は予期せぬ急変を起こすことも考えられ、状態悪化時に意思を確認することが困難な状況も考えられる。家族と医療従事者が話し合うプロセスとして、アドバンス・ケア・プランニングなどが注目されており、高齢化による慢性疾患を抱えた患者の増加も踏まえ、患者・家族の意思決定を支援する働きかけ方のシステム作りも検討していく必要があるのではないかと考える。

VI. 結論

重症で複雑な病態を抱えた対象が多く、今後

も教育活動や介入時の関わりを通じた知識提供・情報共有・連携の更なる推進や、体位管理方法やせん妄予防など、人工呼吸管理・ケアの周知・標準化を図っていく必要がある。加えて、挿管直後に亡くなる対象や長期化する対象も多くいることから、状態が安定している頃から今後の治療や療養についての話し合いを設けるなど、意思決定支援に対しても RST として関わっていく事が必要だと考える。

文献

- 1) 日本集中治療医学会(2021): 我が国の集中治療医療提供体制を強靱化するための提言、https://www.jsicm.org/news/upload/JSICM_v3.pdf(2022年5月10日閲覧)
- 2) 日本救急看護学会(2019): 救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド、http://jaen.umin.ac.jp/pdf/EOL_guide1.pdf(2022年5月10日閲覧)
- 3) 石原英樹:急性期の人工呼吸 NPPV か IPPV か? -気管支喘息,COPD を中心に-, 日本呼吸管理学会誌、15(4)、458-460、2005.
- 4) Vasilevskis EE, Ely EW, Speroff T, et al.: ICU-acquired delirium and weakness-crossing the quality chasm. Chest,138.1224-1233.2010.
- 5) 瀧口千枝、井上智子、佐々木吉子:人工呼吸器装着患者における看護師の多職種チーム調整機能の構造、日本クリティカルケア看護学会誌、9(3)、1-12、2013.
- 6) 一林亮、鈴木銀河、山本咲 他:超高齢社会における人工呼吸管理の是非、日臨救急医学会誌、23、559-563、2020.
- 7) 後藤英介、福島大志、西口博憲:急性期人工呼吸管理を施行された80歳以上の高齢者の長期予後、日本呼吸学会誌:2015(4)、205-209.

透析導入期の患者の思いについて

- 透析導入初期指導に結びつける -

Keyword : 透析導入初期、患者の思い、栄養指導、パンフレット、情報不足

○前田 洋子 石井 直美 南 友歌里 (新潟県厚生農業協同組合連合会豊栄病院)

I. はじめに

A 病院では現在 102 名の患者が透析治療を行っており、2020 年 7 月～2021 年 6 月までの新規導入患者 8 名のうち 7 名が腎機能の急激な悪化により、受診当日または翌日に透析導入となっている。患者は透析について何も分からない中で急な治療・入院生活となり、患者の不安は計り知れない。A 病院ではパンフレットを渡し患者指導を行っているが、透析導入患者から「透析はいつまで続けるのか」「何を食べていいのか分からない」などと聞かれることがあり、私たちスタッフは患者の望むタイミングでの声掛けや指導が十分に行えているのか疑問に思った。そこで A 病院の患者が透析導入期にどのような思いを持ち、どのタイミングで何を知らたいと考えていたのか、スタッフへ望む対応はどのようなものだったのかを明確にし、今後透析導入となる患者に対し、より患者の思いに寄り添った看護が提供できるようにしたいと考えた。

II. 研究目的

透析導入期の患者の思いを明らかにし、透析導入期の患者対応及び患者指導を検討する。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：質的記述的研究
2. 対象：A 病院透析導入 1 年以内の患者 3 名
3. 研究期間：2021 年 9 月～2021 年 10 月
4. 調査方法：
 - 1) インタビューガイドを作成し、半構成的面接を 15 分程度行う。
 - 2) インタビューガイドは透析導入期の患者が抱える思いや必要とする支援を確認するための内容とする。
 - 3) 面接場所は原則個室とする。

5. 分析方法：インタビュー内容はすべて逐語録にし、グラウンデッドセオリーを用いて分析した。

6. 用語の定義

透析導入期：医師に透析導入が必要と診断され、入院し退院に至るまでの期間

患者の思い：透析について患者が考えていたこと、感じていたこと

IV. 倫理的配慮

本研究は A 病院倫理委員会の承認を得て行った。対象者には研究の目的と方法、個人情報保護の厳守および研究への参加・不参加により不利益は生じない事、結果の公表などについて書面と口頭で説明し、署名をもって同意を得た。

V. 結果

腎機能の急激な悪化で「透析が必要」と医師から伝えられ、当日または翌日に緊急透析用カテーテルを挿入し透析導入となった 3 名の対象者にインタビューを実施し (表 1 参照)、46<コード>、15[サブカテゴリー]、7つの【カテゴリー】に類型化された(表 2)。

表 1 研究参加者の概要

	年代	性別	入院期間	インタビュー実施時期
A 氏	50 代	女性	24 日間	導入から 6 か月後
B 氏	50 代	男性	22 日間	導入から 1 年後
C 氏	60 代	男性	29 日間	導入から 2 か月後

1. 【病気に関する認識の差】

[腎臓が悪いとは思っていなかった]患者と透析導入前から[腎臓が悪いことを知っていた]患者に分かれ、透析導入時点での認識の差がみられた。

2. 【病気に関する情報の不足】

<売店に行っても透析に関する本がなく、知識とか取りようがなかった>と、入院し病気について知りたいと思い探そうとしたが[入院中

に情報を得る事は難しい]と感じていた。

3. 【透析に関する知識の不足】

〈透析という言葉だけで透析治療がどんなものかは知らない〉と透析に関する知識は不足していた。透析を知っていた患者も〈シャント作ってから透析始めると思っていたが、すぐにカテーテルでの透析がはじまってしまった〉など、急な透析導入によって[想像していた透析治療と違った]と戸惑いや認識の違いを感じていた。

4. 【パンフレットの活用】

【病気に関する情報不足】【透析に関する知識の不足】を感じている中〈パンフレットの内容は分かりやすく良かった〉と[パンフレットを早く欲しい]と思っていたことが分かった。

5. 【食生活に対する不安と栄養指導の必要性】

A 病院では入院中 1 回の栄養指導を行っているが〈透析の食事は難しい〉〈理解するには時間がかかる〉〈退院後、指導通りの食事ができているか不安になる〉と感じていた。しかし〈1 回目に聞きそびれたことや分からないことが 2 回目で分かった〉など[栄養指導を受けると理解しやすいため複数回の指導を希望]している患者がいることが分かった。

6. 【透析治療に対する葛藤】

透析という[治療方法の選択]を自ら行い、[透析の継続が必要]と分かっているが、〈穿刺は痛くて辛い〉〈透析は怖いし想像すると気持ちが落ち込む〉など[痛みや治療への恐怖]を感じながら透析治療を行っていた。

7. 【スタッフとの関わり】

〈自分のことを分かってくれる人がいるということが安心〉〈不安な気持ちも声をかけてもらえると解消できたと思う〉など[スタッフとの関わりで不安が軽減する]と感じているが、一方で〈遠慮して聞かなかった部分がある〉と[スタッフへの遠慮の気持ち]を持っていた。

VI. 考察

1. 病気や透析に関する情報の不足

【病気に関する認識の差】【病気に関する情

報の不足】【透析に関する知識の不足】の 3 つのカテゴリーより、透析治療の認知度は低く、また自己の状況把握や治療過程の理解度は同じ透析導入でも差は大きいと考える。インターネットの普及によって容易に調べられる世の中ではあるが、我が国の透析導入患者の平均年齢は 70.88 歳¹⁾と年々高齢化しており、自ら情報を得ることは難しいと思われる。

患者に渡しているパンフレットに対し「早く欲しかった」「透析のことがまとまっていて一番分かった」という声から病気や治療に対し情報の少ない患者にとってパンフレットは情報源として有用なものであると考える。

また辻本²⁾らは「患者の自己管理行動が遂行されるには患者が医療者から十分な情報の提供を受け、自己疾患と病状を把握し、自己管理の必要性を理解することが大切である」と述べており、透析導入の早い段階でパンフレットを渡し説明や指導を行うことが必要と考える。

2. 食生活に対する不安と栄養指導の必要性

入院中は治療食でコントロールされているが、退院後は実生活に戻るため食生活が変化しやすいと考える。川手³⁾は「透析の食事療法は注意すべき栄養素が多いうえに患者の高齢化により、嗜好や食習慣の個別性が進展し、近親者との別れなどライフイベントなども多く、その実践と継続は特に難しい」と述べている。患者の食生活に対する不安を傾聴し、退院後も継続して栄養指導を実施する必要があると考える。

3. 透析治療に対する葛藤

透析導入に対しての不安があっても治療の必要性から導入せざるを得ない現状がある。片村⁴⁾は「透析を受け入れることが当たり前という価値観で接してはいけない。患者がいまは透析を受け入れられない段階にあることを理解しなければならない。」と述べている。A 病院の透析スタッフは業務を優先し、患者の症状観察に重点を置く傾向にあるが、患者が多く不安

を抱え透析を行っているということを常に理解し、接しなければならぬ。またスタッフの声掛けで不安が軽減したと患者は感じていることから、普段から何気なく行っている声掛けが患者にとって安心感が得られる大切なケアの一つになっていると考える。患者の表情や声など反応をみながら声掛けを行い、患者の言葉に耳を傾け、共感的態度で接し、患者の思いに寄り沿って関わっていくことが必要である。

VII. 結論

本研究により透析導入期の患者の思いとして以下の3点が明らかになった。

1. 病気や透析に関する情報不足を感じている。
2. 栄養指導は理解しづらく退院後指導通りの食事が出来ているか不安を持っている。
3. 透析治療に対する葛藤や恐怖を抱いているが、スタッフとの関わり方で不安減少の効果がある。

以上のことから、パンフレットを透析導入時に渡し説明することで情報不足を補い、退院後も継続して栄養指導を実施することが必要である。また患者の言葉に耳を傾け、共感的態度で接し、患者の思いに寄り添った関わりを行っていきたいと考える。

VIII. 引用文献

1) 日本透析医学会：わが国の慢性透析療法の現況

<https://www.jsdt.or.jp/dialysis/2227.html>

(2021年9月1日閲覧)

2) 辻本歩、宮武史恵、前田慎弥：内シャント造設術後の患者に対するシャント管理指導の理解度を確認するためのチェックシートの作成、

http://ginmu.naramed-u.ac.jp/dspace/bitstream/10564/3859/1/ashi49_77-80.pdf. (2021年9月1日閲覧)

3) 川手由香：透析患者の食事指導、透析ケア、25 (9)、11、2019.

4) 片村幸代：聞かれて困った！透析患者のホンネの疑問・要望、透析ケア、21 (8)、22-23、2015.

表2 透析導入初期の患者の思い

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
病気に 対する 認識の差	腎臓が悪いとは思っていなかった	腎臓が悪いのではないかと言われ、何のことか分からなかった 腎臓が悪いなんて考えていなかった
	腎臓が悪いことを知っていた	腎臓が悪いのではないかと分っていた 病気が進行していることに驚いた
病気に 関する 情報の不足	入院中に情報を得ることは難しい	入院している時って正直何が何だか分からなかった 売店に行っても透析に関する本がなく、知識とか取りようがなかった
	退院後に自ら情報を得ようとした	退院してから本を買ったり、ネットで調べた 本屋さんで探したけどなかなか見つからない
透析に 関する 知識の不足	透析をよく知らない	透析という言葉だけで透析治療がどんなものかは知らない 腎不全の症状や制限が分からない 針を2本差すとは知らなかった
	想像していた透析治療と違った	シャント作ってから透析はじめると思っていたが、すぐにカテーテルでの透析が始まってしまった 思っていた治療経過と違った 透析を知っているが実際とは違った 透析2、3回目でもらってちょうどよかった
パンフレット の活用	パンフレットを早くほしい	退院後にもらったがもっと早くほしかった 入院中、シャント手術後にもらったが、もっとはやくほしかった
	パンフレットがあると分かりやすく理解しやすい	情報がありすぎると不安になるからパンフレット以外は見なかった パンフレットの内容は分かりやすく良かった パンフレットがなく言葉だけだと理解しづらい 透析の事がまとまっていて一番分かった パンフレット内容で分らないこともあるけど、その都度スタッフに聞いていきたい
食生活に 対する 不安と 栄養指導の 必要性	透析の食事は難しく不安を抱いている	透析の食事は難しい 言われた通りは難しいが創意工夫しながら注意してやっている 理解するには時間がかかる 退院後、指導通りの食事が出来ているか不安になる
	栄養指導を受けると理解しやすいため、複数回の指導を希望	栄養指導は入院中1回以上必要 一回目に聞きそびれたことや分からない事が2回目に分かった 気を付けていても自己流の食事になってしまうかもしれないので繰り返し指導を受けたい 栄養士の方と話ができて分かった 栄養指導を受けると理解できる
透析治療に 対する 葛藤	治療方法の選択	入院時に腎臓移植と(血液)透析と腹膜(透析)を先生から聞いたが、どれも無理そうなので(血液)透析を選んだ どの治療を選ぶかって話が出て、一番簡単なのは血液透析しかないと思選んだ
	透析を続けなければいけない	一回だけとか、入院してる間だけとか、まさかこの後ずっと続けなければいけない治療とは思わなかった 体調が悪くなってきて、導入をある程度覚悟はしていたけど怖かった ずっと透析をしていかなければいけない気持ちとの闘い 透析だけの生活になってしまうと自分の中でメンタル的に嫌だったから、仕事は続けたいと考えていた
	痛みや治療への恐怖	即入院・治療となりショックだった 透析は怖いし想像すると気持ちが落ち込む 穿刺は痛くて辛い
スタッフ との関わり	スタッフとの関わりで不安が軽減する	不安な気持ちも声を掛けてもらえると思解消できたと思う 入院している時は気が弱くなるので声を掛けてくれるとネガティブにならず助かった 自分の事をわかってくれる人がいるということが安心 スタッフの声掛けで不安が軽減した 透析やっている間は暇、話しかけてくれると嬉しい
	スタッフへの遠慮の気持ち	遠慮して聞けなかった部分がある

透析患者における蛋白質摂取量増加への取り組み ～蛋白質食品群チェックシートの効果と課題～

Keyword : 透析患者 蛋白質摂取 食事療法 nPCR

○藤枝 智明 近藤 純子 松谷 祥子 枝村 理恵 (新潟県厚生農業協同組合連合会三条総合病院)

I. はじめに

「日本人の食事摂取基準 2020 年度版」¹⁾ においては、高齢者のサルコペニア、フレイル予防のために 1.0g/kg/日以上 of 蛋白質を摂取することが望ましいとされている。透析患者の蛋白質摂取量の目安は 0.9-1.2g/kg/日となっており、蛋白質摂取量を反映する標準化蛋白質異化率 normalized protein catabolism rate (以下、nPCR) は 0.9g/kg/日以上であることが良好な生命予後のためにも望ましいとされている²⁾。

A 病院透析室では nPCR が 0.9g/kg/日以下の透析患者が全体の 36%、そのうち血清リン値も低い患者が 8%であった。現状の看護師からの栄養指導は食事制限がメインであり、低栄養状態を改善するための介入はほとんど行われていない。現在の食事調査表は、食事メニューの記入だけを依頼しているため、蛋白質の摂取頻度の把握が困難な状況である。低栄養状態改善のためには、経済的な負担のある補助食品には頼らず、普段の食生活に取り入れやすい方法で介入できないかと考えた。

今回、サルコペニア・フレイルの予防対策の前段階として nPCR の改善を目的に、蛋白質の摂取頻度がわかりやすく、簡易的に記入できる食事調査表として「蛋白質食品群チェックシート」(以下、チェックシート)を新たに作成し、蛋白質摂取量増加に向けた介入の効果を検証した。対象患者の nPCR が 0.9 以上への改善を目標とし、今後のサルコペニア・フレイルの予防対策への前段階としたい。

II. 研究目的

チェックシートを用いて、蛋白質摂取量増加に向けた介入の効果と今後の課題を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：事例介入研究
2. 研究対象：過去 3 ヶ月の nPCR < 0.9 かつ、血清リン値 > 5.0 mg/dL に該当する A 病院血液透析外来患者 5 名
3. 研究期間・場所：2021 年 6 月～11 月 A 病院透析室

4. 事例への介入方法

1) チェックシート作成(図 1)

【たんぱく質食品群チェックシート】		食べ方(※) ○ を付けてください										NO.		
	曜日	肉類			魚介類		豆類・大豆製品				乳製品		卵	合計
		牛肉	豚	鶏	魚	いけだこ類	豆類	納豆	豆腐	凍豆腐	牛乳	チーズ		
/	朝食													
	昼食													
	夕食													
	日中													
メモ														
/	朝食													
	昼食													
	夕食													
	日中													
メモ														
合計														

※メモにはその日に摂取できなかった食品や、外食をした際のメニューなどを記入してください。

図 1 たんぱく質食品群チェックシート

2) 対象患者 5 名へチェックシートの目的、記入方法をパンフレットで説明した。

チェックシートはファイルに綴じ、毎日自宅で記入してもらった。期間中、毎透析時に持参してもらい、透析中に研究者が確認、助言を行った。記入期間は 1 回目 2021 年 7/26～8/3、2 回目 2021 年 9/27～10/5 とした。

3) 記入期間以外には、B5 サイズのホワイトボードにチェックシートを貼付し配布した。自宅の冷蔵庫など目立ちやすい場所に掲示を勧めた。

4) 管理栄養士による栄養指導を実施した。(8 月末に 1 回)。

5. データの収集方法

1) チェックシート使用前・介入後のデータ収集をした。

(1) 毎月の定期採血の結果から nPCR 値、リン値を収集した。

(2) 体重は透析前の測定値を用い、月平均を計算した。

2) チェックシート使用後の事例への聞き取り調査をした。

IV. 倫理的配慮

看護部倫理審査会で承認を得た後に、対象患者に研究の趣旨、研究協力の自由意志の尊重、匿名性と守秘性を書面と口頭で説明し、同意が得られた方に行った。収集したデータは研究以外の目的で使用しないことを説明した。

V. 結果

患者背景、介入前後の検査データ、チェックシート使用後の聞き取り調査結果、介入内容について、以下の表1~5で示す。10月のnPCRはE氏を除き全員が0.9以上へ改善していた。E氏は8月0.77に改善したが、10月0.56に低下した。研究期間中、入院をきっかけに生活の変化があり、退院後、適正な食事管理が出来なかった。

表1 A氏の経過

A氏 77歳女性 透析歴14年 息子と二人暮らし						
	4月	6月	介入後	8月	栄養指導	10月
nPCR (g/kg/日)	0.82	0.81		0.92		0.91
リン(mg/dL)	3.2	2.9		4.4		3.9
体重増加(kg)	2.5	2.4		2.1		2.1
1日空き						
2日空き	3.2	3.3		2.8		2.9
1) 聞き取り調査結果 ・チェックするだけなので簡単だった。生活に負担はなかった。 ・簡単な食事もあったが、肉など意識して食べるようになった。 ・牛乳、納豆など食べていないものがあったことが分かった。 ・それらを食べても検査データや体重増加が変化することはなかった。 ・性格的に継続できる性格。 ・チェック表を目に付く所に置き、気にしている。 2) 介入内容 ・バランスよくまじめに取り組んでいる。継続するよう指導。 3) 栄養指導の感想 ・栄養指導より、チェックシートの方が役に立った。						

表2 B氏の経過

B氏 85歳男性 透析歴1年 一人暮らし						
	4月	6月	介入後	8月	栄養指導	10月
nPCR (g/kg/日)	1.09	0.88		1.02		1.26
リン(mg/dL)	4.3	4.8		6.0		6.9
体重増加(kg)	2.1	2.3		2.1		2.3
1日空き						
2日空き	2.7	2.8		2.8		2.7
1) 聞き取り調査結果 ・チェックシートは○を付けるだけでやりやすかった。 ・手軽で継続できそう。 ・今まで牛乳やヨーグルトは摂取していなかったが、今回毎日少しずつ摂取するようになった。蛋白質量をどのくらい摂取したらよいかよくわからなかった。 ・期間中意識して取り組むことができた。 2) 介入内容 ・リンの上昇がみられた。手軽にとれる乳製品からの蛋白質摂取が多かった。乳製品はリンが多い食品のため控え、もう少し肉・魚の摂取回数を増やすように指導した。 3) 栄養指導の感想 ・内容はいつもと同じ内容だった。						

表3 C氏の経過

C氏 84歳男性 透析歴1年未満 妻と二人暮らし						
	4月	6月	介入後	8月	栄養指導	10月
nPCR (g/kg/日)	導入	0.82		0.90		0.94
リン(mg/dL)	導入	3.7		5.1		4.7
体重増加(kg)	導入	1.0		2.6		2.5
1日空き						
2日空き	導入	1.2		3.5		3.5
1) 聞き取り調査結果 ・チェックシートは○を付けるだけだったので取り組みやすく負担は無かったが6月と8月の食事調査期間中気が緩んでしまった。 ・体重増加に気をつけるよう言われるが、蛋白質の量の目安がわからない。 ・チェックシートを見て買い物に行くようになった。 ・栄養指導は以前と同じような事を言われたのでよくわかった。 2) 介入内容 ・nPCRは改善したが、体重、リンの悪化あり。蛋白質の種類は引き続き増やして、それぞれの量を減らすよう説明。 3) 栄養指導の感想 ・前と同じような事を言われたので、よくわかった。						

表4 D氏の経過

D氏 80歳女性 透析歴8年 一人暮らし						
	4月	6月	介入後	8月	栄養指導	10月
nPCR (g/kg/日)	0.76	1.00		0.96		1.00
リン(mg/dL)	4.1	5.7		6.3		6.1
体重増加(kg)	2.1	2.4		1.8		2.3
1日空き						
2日空き	3.1	3.6		2.8		3.2
1) 聞き取り調査結果 ・○をつけるだけなので取り組みやすく、負担はなかった。 ・チェックシート自体に、蛋白質の多い食品が書いてあってわかりやすかった。 ・普段の生活に取り入れるよう意識しており、続けられそう。 ・データが改善してうれしい。栄養指導が勉強になった。 2) 介入内容 ・乳製品と卵からの蛋白質摂取が多く、豆類や魚からの摂取が少ない。 ・肉類は嫌いなため、魚での蛋白質を増やすよう指導。 3) 栄養指導の感想 ・勉強になった。蛋白質意識できた。						

表5 E氏の経過

E氏 73歳男性 透析歴4年 妻、子と四人暮らし						
	4月	6月	介入後	8月	栄養指導	10月
nPCR (g/kg/日)	0.73	0.61		0.77		0.56
リン(mg/dL)	4.9	4.3		4.9		5.6
体重増加(kg)	3.7	2.9		3.7		3.8
1日空き						
2日空き	3.8	3.1		4.3		4.6
1) 聞き取り調査結果 ・チェックシートは簡単で取り組みやすかった。負担はなかった。 ・蛋白質の多い食品について分かった。 ・期間中は意識して食べていたが、量は少なめにしていた。 ・継続できそう。 ・蛋白質の摂取量の目安があるのもとてもわかりやすかった。 2) 介入内容 ・体重を気にして、食べる量を控えていた。透析日は1日2食なので、より蛋白質を意識して食べることを指導した。 3) 栄養指導の感想 ・量の事がない。どのくらい食べていいのかわからなかった。						

VI. 考察

血清リン値については、介入期間中nPCRによる影響は見られなかったが、短期間であること、対象症例が少数であるため正確な評価は難しい結果に至った。

体重増加については、C氏を除き介入前後で大きく変化した患者はいなかった。C氏は導入後日が浅く、介入直後は蛋白質を意識しすぎて摂取量が増加したと思われ、指導後は改善を心がけていた。

チェックシートの記入に関して、摂取した食品の項目に丸印を記入する方法は、参加者全員から「簡単で取り組みやすい」「生活に負担は少なく、手軽で続けられそう」といった意見が多かった。また、摂取すべき蛋白質食品群の項目がイラスト付きの一覧で把握しやすく、「買い物の参考になった」という意見もあった。肯定的な意見の多さと、介入後5例中4例がnPCR0.9以上に改善したことから、蛋白質摂取量改善に有効であったと考える。

反面、「蛋白質摂取量が把握しにくい」という意見もあった。なるべく簡単に組み立てるように摂取量の記載は求めなかったが、独自の判断で摂取量の記入や、食物の

種類毎にシールを貼る対象患者もいて、意欲的に食事療法に取り組む様子が見受けられた。C氏からは「夫婦二人とも元気でいたい」という言葉が聞かれた。健康に対し私達が思っている以上に高い意識をもって食事療法に取り組んでいたことが分かった。今まで透析室では患者に既存の食事調査表の記入を依頼すると、詳細に食事メニューを記入する形式の為か、面倒だと言われることが多かった。今回は、患者に負担がないよう簡易的な記入方法をチェックシートに取り入れた。山崎ら³⁾は食事の自己管理について、「まずは食事記録のみを促してみたり、患者ごとに計量、記録、計算の実施頻度を調節したりするなどして、柔軟に対応していくことが望ましい」と述べている。研究対象患者は、蛋白質の摂取頻度の記入だけでもnPCR改善の効果があつたが、透析患者は年齢や理解力が様々である。まずは食事記録を促し、計量につながるよう個々の患者のレベルに合わせた指導が必要となる。今回は食事記録が主であったが、今後は計量の記録項目も追加して、患者の理解度に合わせた指導ができるようチェックシートの改良を検討したい。

チェックシート未記入の期間は、チェックシートを貼ったホワイトボードを配布し、対象患者の食事療法への活用と、患者本人だけでなく家族への意識付けを図った。「チェックシートをみて買い物に行くようになった」と、日常的に活用されている意見もあつたため、身近なツールとして受け入れられたと考えられる。また、記入期間後も自主的に継続して続けられている患者もいたが、一方で「気が緩んでしまい、(蛋白質摂取について)意識が薄れた」という言葉もあつた。看護師の指導以外に、管理栄養士からの個人栄養指導を実施した。知識の再確認にはなつたが、蛋白質摂取量増加への学びにつながる感想はあまり聞かれない結果となつた。本研究の栄養指導においては、患者の混乱を招かないよう、看護師の介入に合わせた指導を依頼したことが原因として考えられる。今後は栄養士の専門的な知識をより取り入れた指導がお願いできるよう、多職種カンファレンスを充実させることが課題である。

聞き取り調査から、患者それぞれの食事療法は家族構成の違いによって様々であるということが分かった。一人暮らしの患者は安価な卵や牛乳など手軽なものを摂取する傾向があつた。家族と同居している患者は、家族から蛋白質を意識して摂取するよ

う勧められていた。家族のために食事を作っている患者は、蛋白質摂取を意識した食事を用意していた。小川ら⁴⁾は、「患者は長い透析生活の中で、様々な身体、心理、社会的な状況の変化に伴いながら、その時々に対応しようとする過程を繰り返しています。(中略)多職種と連携し協議しながらチームで患者や家族が行うセルフケアを支援していくことが望ましいと考えます」と述べている。今回E氏のように、入院に伴う生活の変化で、退院後の良好なセルフケアが継続出来なかつたケースがあつた。生活の変化がなくても食事療法は継続的であるがため、気が緩んでしまった患者もいた。良好なセルフケアを維持していくには患者のライフサイクルやライフスタイルを理解し、必要時多職種と協力して、患者と家族を含めた支援をしていくことが必要である。

今回サルコペニア・フレイルの予防対策の前段階として食事療法に介入して、低栄養改善へのきっかけが作れたと考える。対象患者5例と少なかつたが、今後チェックシートの改善や多職種との連携を強化して、患者・家族と協働しながら蛋白質を意識した食事療法に取り組んでいきたい。

Ⅶ. 結論

1. チェックシート記入期間中 nPCR の改善があり、チェックシートは蛋白質摂取増加に有効であつた。
2. 蛋白質摂取量を把握し評価することで、患者の個別性に応じた食事指導と適切な蛋白質摂取が期待できる。
3. 効果的な食事療法が維持されるためには多職種と連携し、セルフケアを支援していく必要がある。

引用文献

- 1) 厚生労働省(2020):日本人の食事摂取基準 2020 年度版、<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000586553.pdf>. (2022年8月25日閲覧)
- 2) 鈴木一之:しっかり透析のヒケツ、メディカ出版、170-171、2009.
- 3) 金澤良枝、菅野丈夫、中尾敏行、他:CKDの最新食事療法のなぜに答える実践編、医歯薬出版株式会社、21、2015.
- 4) 小川洋史、岡山ミサ子、宮下美子:透析ハンドブック第5版、医学書院、186、2018.

妊娠期におけるメンタルヘルスの実態調査

- 妊娠初期問診票、妊娠期 EPDS、育児支援チェックリストを導入して -

Keyword エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)、育児支援チェックリスト、周産期メンタルヘルス

○塚田 文枝 猪又 未実 岡田 成実 (新潟県厚生農業協同組合連合会上越総合病院)

I. はじめに

周産期メンタルヘルスでは、産後うつのスクリーニングとして、産褥期においてエジンバラ産後うつ病質問票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale 以下 EPDS) が使用され、Muchanga SMJ¹⁾らが日本人女性の産後うつ病についてエコチル調査を行った結果、産後1か月の EPDS 陽性率 (9 点以上) は 14%であることが明らかにされている。

A 病院では松枝²⁾らが産褥期の EPDS の結果と背景の実態を調査し、産後うつ傾向に影響を与えている要因として、「妊娠が分かった時の不安や複雑な気持ち」「初産婦」「混合栄養」「経済面への不安」「精神科受診歴」を抽出し、妊娠期からの継続した関わりが重要であることを明らかにしている。この結果を踏まえ、A 病院では公益財団法人日本産婦人科医会の妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル³⁾において、妊娠期からの使用を推奨している、妊娠初期問診票、EPDS、育児支援チェックリストの3点を活用するメンタルヘルスケアを開始した。

そこで、妊娠期におけるメンタルヘルスケアについて検討するため、A 病院における妊婦のメンタルヘルスの実態と、その背景を明らかにすることを目的に本研究を行った。

II. 研究目的

妊娠初期問診票、EPDS、育児支援チェックリストを使用した、妊婦のメンタルヘルスの実態とその背景を明らかにし、A 病院におけるメンタルヘルスケアについて検討する。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

量的記述的研究

2. 研究対象

A 病院において初回の妊婦健診から通院し、さら

に分娩予定である妊婦。

3. 調査期間

2020 年 3 月～2021 年 1 月

4. データ収集方法

研究の主旨を理解し同意を得られた妊婦に、妊娠 13-15 週頃に妊婦初期問診票を、また妊娠中期の 30 週頃に EPDS、育児支援チェックリストの記載を依頼した。その後妊娠中期の妊婦健診時に、助産師との個別面談を実施した。

5. 分析方法

EPDS の合計得点が 9 点以上、または 8 点以下の 2 群間において、妊娠初期問診票、育児支援チェックリストにおける比較検討を行った。統計解析には Fisher の正確検定、t 検定を用いた。いずれも有意水準は、 $P < 0.05$ とした。

6. 倫理的配慮

対象者には研究の主旨を説明した。そして研究への参加は自由であり、不参加により不利益が生じないこと、得られた情報は研究または研究発表以外使用しないことを説明し、同意を得た。また、A 病院の倫理委員会の承認を得て実施した。

IV. 結果

1. 対象者の属性と、EPDS 得点の結果

研究に協力を得られたのは、妊婦 108 名であった。表 1 に対象者の属性を示す。

表 1 対象者の属性

年齢	平均32.4歳(最小19歳～最大44歳)		
分娩経験	初産婦 43名(39.8%)	経産婦	65名(60.2%)
就業状態	有職者 93名(87.0%)	専業主婦	15名(13.9%)
婚姻状態	初婚 105名(97.2%)	再婚	3名(2.8%)
家族構成	核家族 75名(69.4%)	拡大家族	33名(30.6%)
既往歴	なし 78名(72.2%)	あり	30名(27.8%)
流産歴	なし 85名(78.7%)	あり	23名(21.3%)
早産歴	なし 104名(96.3%)	あり	4名(4.0%)
中絶歴	なし 100名(92.6%)	あり	8名(7.4%)
カウンセリング既往	なし 100名(92.6%)	あり	8名(7.5%)

対象者のうち、EPDS の得点が 9 点以上は 10 名 (9.3%)、8 点以下が 98 名 (90.7%) であった。

2. EPDS9 点以上群と、8 点以下群の比較

1) 妊娠初期問診票：妊娠初期 (表 2)

EPDS の得点が 9 点以上群、8 点以下群と分類し比較した。妊娠初期問診票の項目については、「中絶歴あり」「夫(パートナー)に何でも打ち明けられることができる」「困ったときに相談する人がいる」「生活が苦しかったり、経済的な不安がある」「カウンセラーや心療内科・精神科等への相談歴あり」「常用または頓用の内服がある」「現在困っていること、悩んでいること、不安なことがある」「この 1 年間に 2 週間以上続く、眠れない、イライラする、涙ぐみやすい、何もやる気がしないなどの症状がある」の 8 項目において有意差を認めた。

EPDS 高得点群における常用・頓用薬の詳細は、不育症による低用量アスピリン、甲状腺機能低下症による甲状腺ホルモン製剤、うつ病による抗うつ薬、便秘症による下剤の内服であった。

表 2 妊娠初期問診票の比較

項目	EPDS ≤ 8 点 (n=98)	EPDS ≥ 9 点 (n=10)	p 値
年齢	平均 31.3 歳	平均 33.6 歳	0.17
職業あり	85 (86.7%)	8 (80%)	0.63
初婚	96 (98%)	9 (90%)	0.26
里帰りあり	62 (63.3%)	6 (60%)	1.00
不妊治療あり	12 (12.2%)	3 (30%)	0.14
初産	40 (40.8%)	5 (50%)	0.74
流産歴あり	21 (21.4%)	2 (20%)	1.00
早産歴あり	4 (4.1%)	1 (10%)	0.39
中絶歴あり	5 (5.1%)	3 (30%)	0.03
死産歴あり	2 (2.0%)	0 (0%)	1.00
夫に打ち明けられる	97 (99%)	8 (80%)	0.02
相談者あり	98 (100%)	8 (80%)	<0.01
経済的不安あり	29 (29.6%)	7 (70%)	0.02
妊娠嬉しかった	73 (74.5%)	6 (60%)	0.45
カウンセリングあり	5 (5.1%)	3 (30%)	0.03
常用・頓用薬あり	12 (12.2%)	4 (40%)	0.04
既往歴あり	26 (26.5%)	4 (40%)	0.46
現在不安・悩みあり	28 (28.6%)	7 (70%)	0.01
1年間に精神症状あり	17 (17.3%)	6 (60%)	<0.01

2) 育児支援チェックリスト：妊娠中期 (表 3)

育児支援チェックリストの項目では、「夫には何でも打ち明けられることができる」「お母さんには何でも打ち明けられることができる」「夫やお母さんの他にも相談できる人がいる」「生活が苦しかったり、経済的な不安がある」の 4 項目において有意差を認めた。

表 3 育児支援チェックリストの比較

項目	EPDS ≤ 8 点 (n=98)	EPDS ≥ 9 点 (n=10)	p 値
流産・死産・乳児死亡経験あり	19 (19.4%)	3 (30%)	0.42
カウンセリングの既往	8 (8.2%)	3 (30%)	0.06
夫に打ち明けられる	95 (87.7%)	7 (70%)	0.01
母に打ち明けられる	92 (93.9%)	7 (70%)	0.03
夫、母以外に相談者あり	97 (99.0%)	5 (50%)	<0.01
経済的不安あり	7 (7.1%)	5 (50%)	<0.01
子育て環境に満足している	11 (11.2%)	2 (20%)	0.34
妊娠中に近親者の死亡・病気・事故あり	10 (10.2%)	1 (10%)	1.00

V. 考察

1. EPDS 得点 (妊娠中期)

本研究の対象者 108 名のうち EPDS の得点が 9 点以上の妊婦は 10 名であり、そのうち 6 名の妊婦はこの 1 年間に精神症状を自覚していた。しかしながら、カウンセリング等の支援を受けている妊婦は半数の 3 名に留まっていた。川上⁴⁾は何らかの精神障害を経験していた者のうち、こころの健康に関する受診・相談経験があったのは約 30% と低いことを示しており、妊婦を対象としたスクリーニングは、支援が必要な妊婦を早期に把握して支援に繋げるために有効な手段であると考えられる。

2. 妊娠初期問診票 (妊娠初期)

A 病院の妊婦において、EPDS9 点以上群と 8 点以下群の比較では、問診票の 8 項目について有意差を認めた。Lancaster CA⁵⁾らは、妊娠中のうつ病のリスク因子として妊娠中の不安、ライフイベント、うつ病既往、ソーシャルサポート不足、家庭内暴力、望まない妊娠があると指摘している。さらに A 病院においては人工妊娠中絶の既往、経済的不安、常用薬・頓用の内服がある、1 年間に 2 週間以上のうつ様の症状があるなどの項目においても関連がある可能性が示唆された。

本研究において、人工妊娠中絶に至った理由までは明らかにしていないが、今後妊婦との信頼関係を早期から構築し、妊婦が誰にも言えず抱えている悩みや不安に対し傾聴し、寄り添える関わりが求められていると考える。

常用・頓用薬の内服については、不育症、甲状腺機能低下症、うつ病などのハイリスク妊娠であった。ハイリスク妊娠は、「不安や抑うつなどの心理的影響を生じる」⁶⁾ことが明らかにされており、フィジカルおよびメンタルヘルス両面からのアプローチが必要となってくる。

本研究で明らかとなった妊娠初期問診票の 8 項目

の背景を参考にハイリスクな妊婦を抽出し、見過ごさない介入を行っていくことが必要であると考え

3. 育児支援チェックリスト(妊娠中期)

EPDS9点以上群は全員に育児支援者が存在しているが、EPDS8点以下群との比較では、育児支援者が必ずしも相談相手とはいえない状況にあることが明らかとなった。育児支援者の有無を確認するだけでなく、支援状況についても情報収集することが必要であると考え。吉田⁷⁾らは「打ち明けられる相手がいない場合は、妊産婦の不安や気持ちの落ち込みについて、私たち支援者に話すことを勧める」と述べており、助産師は支援者となるべきメンタルヘルスケアのスキルが必要となる。

妊娠初期問診票、育児支援チェックリストから、「経済的不安」や「カウンセラーや心療内科・精神科等への相談歴」が共通項目として抽出された。公益財団法人日本産婦人科医会の妊産婦メンタルヘルスマニュアル³⁾では、経済面などの社会的要因を支援することは医療者だけでは不可能であり、医療ソーシャルワーカーや地域行政からの支援も必要である。またカウンセラーや心療内科・精神科等への相談歴は、精神科医との連携が必要なケースもあるため、医師と協働し妊婦のメンタルヘルスケアを行うことが求められる。妊娠期から育児期のメンタルヘルスの問題は、医療者から積極的にアプローチすることで早期発見が可能であり、また、妊娠・育児のこころの負担を増すような社会的要因が関連していることが多いため、地域行政を含めた多職種協働連携チームによる支援を行うとしている。今後多職種連携の支援体制を再構築し、周産期メンタルヘルスケアの質向上が課題となってくる。

妊娠期に妊娠初期問診票、EPDS、育児支援チェックリストを活用することは、「なんとなく気になる妊婦」という助産師の勘だけで対応するのではなく、助産師全員が統一した方法で情報収集や共有を行うことができる。そして根拠を持って、早期からどのように支援をしていくか方法を検討することが可能となる。

VI. 結論

1. EPDS9点以上群では精神症状を自覚しているが、妊婦の半数が受診行動まで至っておらず、妊娠期におけるスクリーニングは支援が

必要な妊婦を早期に把握し支援に繋げるために有効な手段である。

2. 常用・頓用薬の使用はハイリスク妊娠であり、メンタルヘルスにおいてもハイリスク群である可能性が示唆された。
3. 人工妊娠中絶歴はハイリスク群である可能性があり、妊婦との信頼関係を早期から構築し、寄り添える関わりが求められる。
4. 育児支援者の有無だけでなく、夫や実母が精神的な支援者、相談相手であるかを確認する。
5. 経済的不安の社会的要因、カウンセラーや心療内科・精神科等への相談歴は、多職種協働連携チームによる支援を行うため、体制の再構築が必要となる。

引用文献

- 1) Muchanga SMJ, Yasumitsu-Lovell K, Eitoku M, et al: Preconception gynecological risk factors of postpartum depression among Japanese women: The Japan Environment and Children's Study (JECS). J Affect Disord. 2017;34-41.
- 2) 松枝杏奈, 中村久美子, 相羽綾子他: 産褥期の精神状態とその背景の実態調査エジンバラ産後質問票の導入に向けて. 新潟県厚生連会誌. 2020; 29(1):43-45.
- 3) 公益財団法人日本産婦人科医会: 妊産婦メンタルヘルスマニュアル～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～;2021.
- 4) 川上憲人: 平成16～18年度厚生労働科学研究費補助金 こころの健康についての疫学調査に関する研究 <https://www.khj-h.com/wp/wp-content/uploads/2018/05/soukatuhoukoku19.pdf> (2022.8月5日参照)
- 5) Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, et al: Risk factors for depressive symptoms during pregnancy, a systematic review, Am J Obstet Gynecol, 202(1), 5-14, 2010.
- 6) 岡野禎治, 鈴木利人他: クロストークから読み解く周産期メンタルヘルス, 南山堂, 2016.
- 7) 吉田敬子, 山下洋: 妊娠中から始めるメンタルヘルスケア, 日本評論社, 55, 2017.

A 病院泌尿器科における尿道カテーテル留置患者の カテーテル関連トラブルと在宅での管理上の問題

Keyword 尿道カテーテル留置患者 カテーテル関連トラブル 緊急受診 在宅管理

○齊藤 千恵子 石井 利恵 (新潟県厚生農業協同組合連合会糸魚川総合病院)

I. はじめに

尿道カテーテルを留置し A 病院泌尿器科に通院している患者は、2021 年 3 月現在 37 名であり、その 7 割は 80 歳以上の高齢者である。更に、疾患に伴う機能の低下や自己導尿困難、介護状況等により、やむを得ず数年に亘ってカテーテルを留置している事例もある。その中で、「尿が流れてこない」「腹痛」「発熱」「血尿」「尿が汚い」などのカテーテル関連トラブルとして、在宅での尿道カテーテルの管理方法が原因と思われる緊急受診の事例が発生していた。

カテーテル関連トラブルに関する先行研究で佐々木ら¹⁾は、在宅での尿道カテーテルに関する事故内容として、「自然抜去、移動時の誤抜去、自己抜去、尿バックの破損、カテーテルの詰まり」等を挙げている。また CDC (米国疾病予防管理センター) のガイドライン²⁾でも、尿道カテーテル関連尿路感染 (以下 CAUTI とする) 予防のための適切な管理教育を推奨している。したがって尿道カテーテル留置中の患者が、カテーテル関連トラブルを防ぎながら、安全に在宅療養を継続するためには、外来での適切な指導、援助が重要となる。

A 病院泌尿器科では、カテーテル関連トラブルを含めた緊急受診の要因や、在宅での尿道カテーテル管理状況について調査したことはなく、その実態は明らかではない。そこで今回、尿道カテーテル留置患者の緊急受診の要因と、在宅での尿道カテーテル管理状況について実態調査を行い、在宅でのカテーテル管理上の問題を明らかにし、カテーテル関連トラブルを防ぐための指導、援助への示唆を得たいと考え、本研究に取り組んだ。

《用語の定義》

- ・尿道カテーテル：尿道留置カテーテル、膀胱瘻カテーテル、腎瘻カテーテル、尿管皮膚瘻カテーテルの 4 種類の総称とする。
- ・カテーテル関連トラブル：尿バックの破損やカテーテルのねじれ、折れ曲がり、カテーテル挿入部の汚

染、CAUTI や疾患に伴う血尿その他カテーテル挿入に関連した症状。

- ・CAUTI：尿路に 2 日以上にわたりカテーテルが留置されている状態で培養陽性と判定される尿路感染症。
- ・緊急受診：A 病院泌尿器科外来の予約日以外の受診。

II. 研究目的

A 病院泌尿器科通院の尿道カテーテル留置患者の緊急受診の要因と、在宅での尿道カテーテル管理上の問題を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

実態調査研究

2. 研究対象者

2021 年 3 月現在、尿道カテーテルを留置し、A 病院泌尿器科外来に通院している患者 37 名。

3. 調査期間

2021 年 5 月 12 日～8 月 31 日

4. データ収集方法

- 1) 研究対象者のうち、2020 年 1 月 1 日～2021 年 3 月 31 日の期間に、泌尿器科外来または救急外来を緊急受診した患者について、属性、疾患、カテーテル留置期間、受診要因を診療録から調査し、カテーテル関連トラブルで受診した患者を抽出した。
- 2) 1) で抽出した患者のうち、在宅療養中の患者に、カテーテルの管理状況について、聞き取り調査を行った。調査項目は、A 病院継続看護委員会作成のパンフレットおよび先行研究を参考に以下 11 項目とした。①水分補給、②カテーテルの固定、③固定テープの貼り替え、④カテーテルの折れ曲がり等への注意、⑤尿バックの位置、⑥12 時間以内の尿破棄・破棄の間隔⑦尿破棄時の排液口の汚染防止、⑧尿破棄後の排液口の消毒、⑨カテーテル挿入部の清潔 (入浴等)、⑩尿破棄前後の手洗い・手袋の使用、⑪在宅でのカテーテル管理者は誰か、とした。①～⑩については、「はい」「いいえ」の 2 択とし、「いいえ」の

場合はその理由を尋ねた。

5. 分析方法

1) 収集したデータから、患者の属性、カテーテル留置期間と受診要因を照合し、受診要因別にまとめた。

2) 1) の結果と在宅療養中のカテーテル関連トラブル発生患者への聞き取り調査の内容を照合し、在宅における尿道カテーテルの管理上の問題を抽出した。

6. 倫理的配慮

本研究は、A病院倫理委員会の承認を得て実施した。

聞き取り調査は、研究対象者またはその家族へ、研究目的・内容・守秘義務の厳守・研究は自由参加であり拒否しても不利益が生じないことを口頭と文書で説明し、同意書に署名を得て実施とした。また収集したデータはUSBメモリーにて厳重に管理し、研究が終了した際には、収集したデータおよび同意文書、聞き取り調査用紙は、研究者が責任を持って粉砕処理する。

IV. 結果

調査期間中に緊急受診した患者の平均年齢は80.9歳であった。また疾患については前立腺肥大症と神経因性膀胱が全体の約8割を占め、その他、膀胱癌、前立腺癌、尿道狭窄、両側尿管閉塞等であった。

調査期間中に緊急受診した患者は15名であり、うちカテーテル関連トラブルでの緊急受診は14名(尿道留置カテーテル留置患者13名、腎瘻カテーテル留置患者1名)であった。

緊急受診件数を要因別にまとめた結果、【閉塞】【腹痛】【血尿】【発熱】【濃茶色尿】【食欲低下】【カテーテル脇漏れ】【紫尿】【尿バック破損】【自然抜去】【排液口からの洩れ】【医療材料の受け取り他】の計12個の要因が挙げられた。

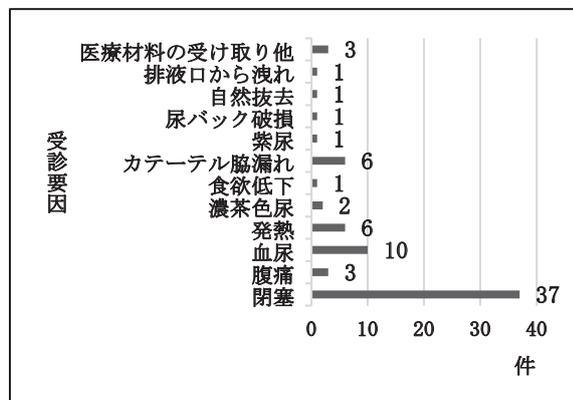


図1：要因別の緊急受診件数

複数の要因で受診していた事例もあったが、1要因を1件とした要因別の緊急受診件数は、延べ72件であ

り、【閉塞】が約半数を占めていた(図1)。

また受診要因別平均留置期間については、下記の結果となった(図2)。

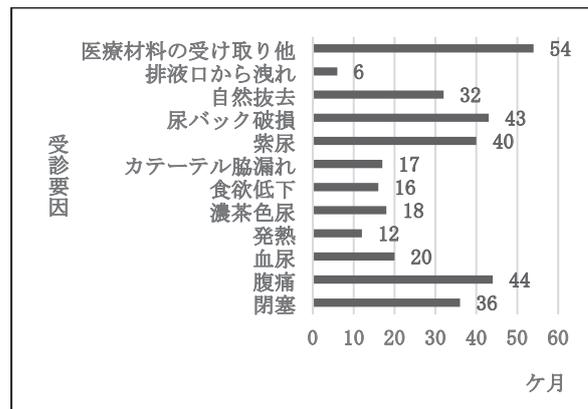


図2：受診要因別平均留置期間

カテーテル関連トラブルで緊急受診した患者のうち、在宅療養中の患者8名(平均年齢82.75歳)に聞き取り調査を実施した結果、②カテーテルの固定、④折れ曲がり、⑤尿バックの位置、⑥12時間以内の尿破棄については、全員が「はい」と回答した。

「いいえ」の回答があった項目および人数とその理由は以下の通りであった。①水分補給3名：「日中ひとりであり、摂取を促す者がいない」「あまり飲みたがらない」、③固定テープの貼り替え6名：「貼り替えはデイサービスの時のみ」「テープは張らず、パンツやズボンのゴムで支えている」「はがれた時しか張り替えていない」、⑦尿破棄時の排液口の汚染防止1名：「日中独りであり、全て自分で管理しているので、破棄時に注意して出来ない」、⑧尿破棄後の排液口の消毒5名：「破棄後ティッシュペーパー等でふき取る」、⑨カテーテル挿入部の清潔3名：「週1~2回のデイサービスの時のみ」「カテーテルを挿入しているから入浴したくない」、⑩尿破棄前後の手洗い4名：「破棄後の手洗いのみで、破棄前は手を洗わない」。

⑪在宅でのカテーテルの管理は、7名が患者本人、1名が家族の管理であった。

V. 考察

今回の調査で、在宅療養中の尿道カテーテル留置患者の緊急受診の約9割が、カテーテル関連トラブルによるものであった。内訳は、尿の詰まり等を含むカテーテルの【閉塞】が全体の約5割を占めていた。また【発熱】【血尿】【カテーテル脇漏れ】は、1割前後、その他【濃茶色尿】【腹痛】【紫尿】と、いずれもCAUTIに結び付く要因であった。また受診要因別の平均留置

期間が12~40か月と長期間に及んでいることもCAUTIのリスクとなっていると考えられる。

尿道カテーテルが【閉塞】状態となる原因について高山³⁾は、「カテーテル内に浮遊物や沈殿物が増えるとカテーテルが閉塞し、CAUTIの原因となりうる。浮遊物や沈殿物を増やさないためには、カテーテル内に尿を滞留させたり、逆流させたりしないことが大切である。」と述べている。

更に、感染経路について、田中⁴⁾は、「カテーテルと尿道粘膜との隙間、カテーテルと採尿バックの接続部、採尿バックの尿排出口」であると述べている。したがって逆行性感染を防ぐためにも、在宅でのカテーテルの挿入部の清潔保持や採尿バックの管理についての指導、援助は不可欠である。

聞き取り調査から、「尿破棄時の排液口の汚染防止」や「尿破棄後の排液口の消毒」、「尿破棄時の手洗い」、「カテーテル挿入部の清潔」が不十分なことが明らかになっており、在宅管理のための指導が不足していたと思われる。したがってCAUTIの発症を防ぐための感染対策に関する指導は、特に注意して、丁寧に行う必要がある。

また、「水分摂取」については、摂取不足が問題となっていた事例もあった。中根⁵⁾は、CAUTI予防のために、「尿浮遊物や色調、尿量を観察し尿量が減る要因(食事摂取量の低下や発熱など)を考慮して水分摂取をすすめ、自浄作用が低下しないようにする。」と述べている。このことから、在宅療養状況について情報収集を行い、患者の目標飲水量をアセスメントし、どうすればより多く尿量を確保できるかを考えながら介入していく必要があると考える。

「固定テープの張り替え」は、膀胱内の尿の滞留や皮膚の損傷、尿道口の亀裂等を防ぐためにも必要である。しかし現状は、張り替えが確実に行えていない事例もあった。このことは、尿道カテーテル挿入患者の大半が80歳以上の高齢者であり、貼り替え自体を独りでは行えず、福祉サービス等に委ねている場合が多いことや貼り替えの意義についての理解不足により、「セルフケア能力の不足」や「サポート体制の不足」があると考えられる。

現在外来では、在宅管理が困難な患者に対して、交換期間の短縮、カテーテルの材質変更、在宅サービスの見直しや、訪問看護導入等の助言等を行い、在宅療

養が継続出来るように援助している。

今後は、患者および家族の理解度やサポート状況を踏まえ、先ず、尿道カテーテル留置に伴う医学上及び生活上の必要性とリスクについてアセスメントする。その上で、患者がQOLを維持し、安全に在宅療養を継続できるように、状況に合わせて介入していくことが必要であると考ええる。

今回の研究では、カテーテル関連トラブルで緊急受診した患者に限定し、聞き取り調査を行ったが、カテーテル挿入患者全てに聞き取り調査を行うことで、新たな問題が見出せた可能性は否定できず、この研究の限界と考える。

VI. 結論

1. 尿道カテーテル留置患者の緊急受診の要因は【閉塞】によるものが多い。
2. 【閉塞】の原因となる在宅での管理上の問題として、「尿道カテーテルおよび採尿バック取り扱い時の、清潔操作が不十分であること」、「尿道カテーテル挿入部の清潔保持の不足」、「水分摂取の不足」、「セルフケア能力の不足」、「サポート体制の不足」が挙げられた。
3. 外来における支援として、尿道カテーテル留置に伴う医学上及び生活上の必要性とリスクをアセスメントし、患者がQOLを維持しながら、安全に在宅療養を継続できるように、状況に合わせて介入していくことが必要である。

引用・参考文献

- 1) 佐々木馨子、飯田苗恵、鈴木美雪 他：群馬県訪問看護事業所における医療処置及び人工呼吸療法の事故発生状況、安全対策への取組の実態調査、群馬県立県民健康科学大学紀要、15、97-109、2020.
- 2) 矢野邦夫 監訳：カテーテル関連尿路感染予防のためのCDCガイドライン2009、第3版、10-19、2010.
- 3) 高山義浩：在宅患者におけるCAUTI予防の考え方 感染対策 ICT ジャーナル、14 (2)、159-163、2019.
- 4) 田中悦子：在宅患者における尿道留置カテーテル管理の実際、感染対策 ICT ジャーナル、14 (2)、164-171、2019.
- 5) 中根香織：挿入手技・消毒方法・採尿バック管理理論、感染対策 ICT ジャーナル、14 (2)、116-121、2019.

新潟県看護職員認知症対応力向上研修受講者の研修評価 —事後課題研修の実施から—

Keyword 看護職員認知症対応力向上研修 研修評価 看護職

○竹内 真奈美（新潟県厚生農業協同組合連合会上越総合病院） 袖山 悦子（学校法人悠久崇徳学園長岡崇徳大学） 星野 洋子（元新潟県看護協会）

I. はじめに

わが国の認知症高齢者の数は、2025年には700万人と推計され¹⁾、国は身体疾患を有する認知症患者への適切な医療提供に向け、2016年度診療報酬の改定で、認知症ケア加算を創設した。それに対応した研修として看護職員認知症対応力向上研修²⁾（以後、本研修とする）が実施され、その成果が期待されるとともに、本研修の受講者には、自施設での事後研修を実施することが義務付けられている。

そこで、本研修を受講した看護職が自施設で実施した事後研修評価から本研修の課題を検討することを目的に調査を行った。

II. 方法

1. 調査対象者：新潟県看護協会で開催した本研修(表1)を2016～2018年度に受講した看護職305人。

表1 本研修の主な内容

基礎的知識編/基礎対応力		基礎的講義	120分
対応力向上編/実践的対応力		認知症の基本知識	180分
		せん妄	90分
対応力向上編		地域連携	90分
		事例検討	180分
マネジメント編(1部)	環境/体制マニュアル	マネジメント	90分
		スタッフ教育	60分
	人材育成/教育	グループワーク自施設の確認	120分
マネジメント編(2部)		グループワーク今後の計画策定	150分

2. 調査期間：2019年8～9月

3. 調査内容

- 1) 対象者の基本属性
- 2) 事後課題研修を企画・実施しての自己評価
- 3) 事後課題研修実施後の職場の変化

事後課題研修後の職場の変化は、受講者の所属する看護職に期待される行動変容項目とした。行動変容項目の設定にあたっては、本研修の講師を担当した看護職が研修内容から期

待される行動変容として11項目を抽出し、一部自由記載を設けた。

4. データ収集方法

2016～2018年度に本研修を修了した看護職305人に無記名自記式質問紙調査を実施した。

5. 分析方法

「とてもそう思う、まあそう思う、あまり思わない、思わない」の4段階リッカートによる評価を求め、それぞれを4～1点に換算した。基本属性を独立変数、期待される行動変容を従属変数として、Kruskal Wallis検定(有意水準5%未満)で分析し、基本統計量を算出した。統計処理には、SPSS Statistics Ver25.0を用いた。分析対象とした基本属性は、年齢、経験年数、職位とした。

6. 倫理的配慮

調査対象者に、目的と協力を依頼し、調査票の提出をもって同意とみなす、匿名性の確保、学会等に発表、目的以外に使用しないことを文書で説明した。本研究は新潟県看護協会倫理委員会(承認ナンバー2019-1)の承認を得て実施した。

III. 結果

1. 対象者の背景

調査票の配布人数は305人、回収数は149人(回収率は48.8%)、有効回答は144人(有効回答率は96.6%)であった。受講時の年齢は20歳代が10人(6.9%)、30歳代28人(19.4%)、40歳代が63人(43.8%)、50歳代が42人(29.2%)、60歳代1人(0.7%)だった。

経験年数は5年未満が5人(3.5%)、5～10年が16人(11.1%)、11～15年が26人(18.1%)、16～20年が35人(24.3%)、21年以上が62人

(43%)だった。職位はスタッフ63人(43.8%)、主任53人(36.8%)、師長18人(12.5%)、副看護部長5人(3.5%)、ほか5人(3.5%)であった。なお、副看護部長は全員50歳代で経験年数は、21年以上であった。

2. 事後課題研修を実施しての自己評価 (図1)

事後課題研修の自己評価は、良かった(とても・まあよかった)が125人(86.8%)であった。そのうち、自由記述では「対応に困っている実演が分かりやすかった」、「抑制を体験することで患者の気持ちが理解できた」、「身体拘束が減った」、「認知症看護の意識が高まったと思う」等があった。

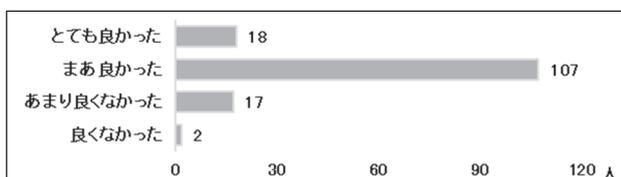


図1 事後課題研修実施後の自己評価

3. 事後課題研修実施者から見た職場の評価 (表3)

事後課題研修後の職場の看護職に期待する研修評価は(とてもそう思う、まあそう思う)の降順では、「認知症患者の気持ちに寄り沿う対応が見られるようになった」123人

(85.4%)、「認知症に対する職場の関心が高まった」102人(70.%)、「認知症患者の身体拘束が減った・積極的に拘束解除に取り組むようになった」101人(70.2%)であった。

表3 事後課題研修実施者から見た職場の変化

項目	とても そう 思う	まあ そう 思う	合計	
	人	人	人	%
認知症患者の気持ちに寄り沿う対応が見られるようになった	17	106	123	85.4
認知症に対する職場の関心が高まった	12	90	102	70.8
認知症の人の身体拘束が減った・積極的に解除に取り組むようになった	38	63	101	70.2
入院前の生活背景の情報収集を意識し、看護に活かすようになった	16	84	100	69.4
認知症患者の事例検討・看護計画の見直しの機会が増えた	18	82	100	69.4
せん妄予防の取り組みを行うようになった	9	87	96	66.7
BPSDの背景を考え対応するようになった	12	80	92	63.9
認知症患者の対応に個性が見られるようになった	11	77	88	61.1
認知症患者の退院計画を早期に立案するようになった	10	71	81	56.2
認知症の人の家族指導に変化がみられるようになった	3	58	61	42.4
「にんち」という言葉で認知症患者を表現することが少なくなってきた	8	36	44	30.6

また、研修評価項目のうち、「認知症に対する職場の関心が高まった」は70.8%が「とてもそう思う、まあそう思う」と回答し、職位ではスタ

ッフより副看護部長が認知症に対する職場の関心が高まったと評価していた(図2 p=0.048)。

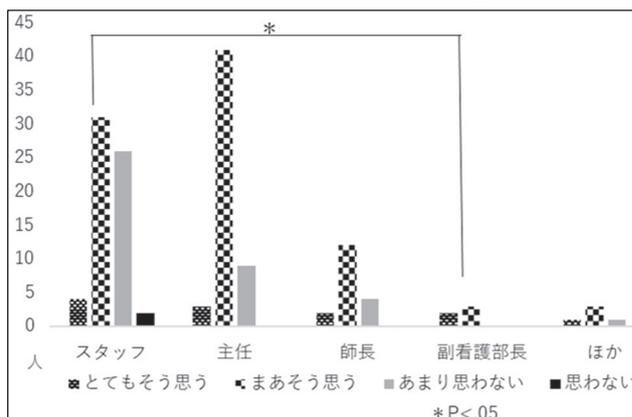


図2: 職位と研修評価

IV. 考察

1. 自施設の現状に即したテーマ設定

事後課題研修の自己評価では80%以上の者が「良かった」と回答している。本研修では「グループワーク自施設の確認」で職場の現状を分析しており(表1)、ニーズに合ったテーマを速やかに実施できたものとする。

研修評価項目「認知症患者の気持ちに寄り沿う対応が見られるようになった」、「認知症に対する職場の関心が高まった」は、本研修の認知症患者の心理的苦痛・認知症の人の世界観を知識として得ることで、事後課題研修に繋げることができ、認知症患者の気持ちに寄り添う対応が見られるようになったものと推察する。看護職の態度の良し悪しの感情は、認知症患者の感情に残ることから、認知症患者に寄り添う対応や認知症に対する職場の関心が高まったことは、事後課題研修の効果といえる。

事後研修評価項目の「認知症の人の身体拘束が減った・積極的に拘束解除に取り組むようになった」に関しては、一般病棟に勤務する看護師の身体拘束を必要とする認識は、研修や講習会に参加することで低下する³⁾ことが示されており、本研修プログラムの事例検討を通して、対応の振り返りと新たな取り組みが学べたものと思われる。

事後課題研修評価項目の「認知症患者の対応に個性が見られるようになった」は、経験年数

別では16～20年以上の看護職より21年以上の看護職が評価し、職位別では副看護副部長がスタッフよりも「認知症に対する職場の関心が高まった」と評価していた。これは、副看護部長が経験年数21年以上であったことから、経験年数の長い看護職が本研修で知識を獲得することで、これまでの自己の認知症看護を知識に基づいて振り返ることが出来、伝達することができたのではないかと推察される。

長島らは、看護基礎教育の中で成人看護学から老人看護学へと独立する以前のカリキュラムで教育を受けた看護師は自助努力とケアの成功体験を通じて自身の認知症ケアを構築してきているが、言語化されてこなかったため、ケアとして共有化されなかった⁴⁾と指摘している。

自らの成功体験を言語化するには、情報と知識を統合した看護判断を伝達することが必要であり、アセスメント能力が問われる。副看護部長は、本研修で知識を獲得し、実践知に加え、認知症患者のBPSDの意味づけがされたことにより、現象を言語化することができ、研修に活かすことが出来たものとする。

2. 認知症患者のせん妄・BPSD予防と身体拘束の削減

身体拘束を減らす取り組みで重要なのは看護管理者のリーダーシップ⁵⁾と言われている。副看護部長は看護部門のナンバー2として看護部の質の向上を目指し、教育担当を担う場合も多い。副看護部長が事後研修後の職場の研修評価で認知症に対する職場の関心の高まりを実感できたのは、本研修での知識を活かし、自己の認知症の看護経験をフィードバックし、教育的視点を持った研修を実施できたものとする。組織的に研修の継続を実施できる職位でもあり、今後の認知症看護の質の向上に向けたリーダーシップが期待される。

認知症高齢者の特徴として、リロケーションダメージがせん妄やBPSDを生じやすいことからせん妄予防やBPSDの背景を考え、対応すること

が身体拘束の低減につながる。本調査では、認知症患者の気持ちに寄り沿う対応が見られるようになり、認知症患者に対する理解が深まったとも考えられるが、これは、受講生の主観による評価である。また、せん妄やBPSD対策の研修評価は63～66%であり、十分とは言えない。中西の全国調査では、一般急性期病院の認知症患者の4割に身体拘束が実施され、身体拘束の実施の低減のためには、個人の意識のみではなく病院全体の取り組みの必要性⁶⁾を示唆しており、身体拘束の低減に向けた実効性のある組織的な取り組み事例の紹介も必要と考える。

V. 結論

認知症高齢者理解に必要な知識の教授については、受講者の教育背景を考慮した自施設での研修計画の立案と、組織的、継続的な研修の取り組みへの支援、BPSDの背景やせん妄の予防に結びつく事例提供の必要性が示唆された。

<引用文献>

- 1)厚生労働省：認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)～認知症高齢者等にやさしい地域づくりにむけて～、2017.
- 2)内田陽子編：認知症ケア加算マニュアル(第1版)、照林社、2017.
- 3)森野美由紀、平田弘美：一般病棟における看護師の教育背景と高齢者患者への身体拘束に対する認識との関係、人間看護学研究、16:27-34、2018.
- 4)長島緑、小磯京子、竹之下信子、ほか：体験に基づく認知症高齢者のケアについて、千葉科学大学紀要、10:219-225、2017.
- 5)酒井郁子、渡邊博幸編、せん妄のスタンダードケアQ&A100、86、南江堂、2014.
- 6)中西三春：一般急性期病院における認知症ケア、老年看護学、23(2)、44-48、2019.

<参考文献>

- 1)杉山孝博：最初に知っておきたい認知症、新日本出版社、37、2015.

新潟県内診療所に勤務する看護職の役割及び資質向上の 実際に関する調査

Keyword 診療所看護職の役割 資質向上 職能委員会活動

○伊藤 理加 中川 恵子 渡辺 真奈美 山口 明子 高橋 樹美子
山本 純子 金沢 砂緒里 河内 学 (新潟県看護協会看護師職能Ⅱ委員会)

I. はじめに

地域包括ケアシステム構築が進められる中で、在宅領域、特に診療所における看護の役割は重要な位置づけとなっている。診療所の役割や機能、診療所看護職の役割については横井¹⁾や斜森²⁾により明確化され、診療所看護職の能力については、大塚³⁾が診療所看護師の高度な看護実践能力「診療所看護師のコンピテンシー」としてまとめている。一方、診療所で働く看護師が抱く困難さや課題については、大塚⁴⁾や高柳⁵⁾により組織面や教育的な課題が示唆されていた。上記の先行研究によれば、診療所で勤務する看護職は診療所特有の職場環境があり、人的環境においては、医師の意向が強く働きやすく、看護師の勤務形態の違いによって業務遂行の認識に差がでるなど、職種間連携やチーム医療が機能しづらい状況となっていることが窺える。また、診療所の看護職は知識の習得の必要性を感じているが、実行できていないことの限界を感じているのではないか。このことから、組織的な人材育成の難しさを認識しつつ、個で乗り越えなければならないという障壁に直面していることが窺える。

診療所看護職が対象となる新潟県看護協会看護師職能Ⅱ委員会では、診療所看護職への貢献度が低いことが課題としてあがっていた。そこで、新潟県内の診療所に勤務している新潟県看護協会会員の看護職を対象として、診療所で働く看護職の役割及び資質向上の実際を明らかにすることで、診療所看護職が望む看護師職能Ⅱ委員会活動（研修企画・意見交換等）に寄与

することを目的としてアンケート調査を行うこととした。

II. 研究目的

新潟県内診療所に勤務する看護職の役割と資質向上の実際を明らかにし、診療所看護職の望む看護師職能Ⅱ委員会活動（研修企画や意見交換会等）に寄与することを目的とする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：実態調査研究
2. 対象：新潟県内の診療所に就業する看護職のうち、2021年12月末の新潟県看護協会会員を対象とする。
3. 調査期間：2021年12月～2022年4月
4. データ収集方法（または調査方法）：自記式調査票の郵送配布・郵送回収
5. 分析方法：数値データについては基本統計量の算出、記述データに関してはその内容を質的に分析する。
6. 倫理的配慮：回答された調査データは目的以外に使用することはなく、アンケートの実施やデータ分析の過程では、個人情報保護を徹底し、回答内容や個人が特定されないよう倫理的な配慮を十分に行う。新潟県看護協会倫理審査委員会による倫理審査を受け、承認を得た。

IV. 結果

配布数 270 人 回収数 103 人（回収率 38%）

1. 診療所で働く看護職の実態
 - 1) 保健師、助産師、看護師、准看護師と看護系全ての職種が働いている。

- 2) 専門看護師や特定行為研修修了者等高度な知識と技術を持つ看護職が働いている。
- 3) 病院の勤務経験を経て、診療所で働く看護職が多かった。
- 4) 診療所看護職に必要とされる役割については高い割合で認識されていた。
- 5) 普段から行っている看護では、地域との関係づくりにおいて出来ていないとの回答が多かった。
- 6) 診療所看護職に必要とされる知識や技術については高い割合で必要と認識されていた。
- 7) 知識や技術を向上する必要性があると認識する方が多く、研修への参加意欲も高かった。
- 8) 施設内研修への参加率は高いが、外部研修や他機関との会議等の参加率は低かった。
- 9) 外部研修の参加が難しい理由として、人員が少ないこと、会場に行くのに時間がかかるが多かった。

2. 診療所看護や自己の資質向上について

<自由記載のカテゴリー化>

- ・個人による自己研鑽、自己啓発、自己学習
- ・コミュニケーション能力を高める
- ・情報交換、情報共有する場
- ・業務、手順マニュアルの整備

3. 働きやすい職場環境や仕事を継続していくために必要なもの

<自由記載のカテゴリー化>

- ・教育、研修の機会
- ・チームワーク形成（他職種との連携・サポート体制・円滑なコミュニケーション）
- ・看護技術に対する相談体制
- ・個々のキャリアアンカーの把握
- ・ワークライフバランスに向けた取り組み
- ・古い体質を維持する職場風土からの脱却
- ・給与等の待遇面の改善

4. 新潟県看護協会の研修についての意見要望

意見要望の集約

- ・近い場所での開催を望む
- ・診療所看護を対象とした研修、助産師として知識や技術を学べる研修、接遇クレーム対応
- ・Zoom研修を増やしてほしい
- ・集合研修と参加の促し
- ・他地域を含めたスタッフによる情報交換、交流の場

V. 考察

1. 診療所看護職の職場環境

診療所は医師、看護職、事務職等少ない人員で医療、看護を行っている。診療を円滑に進めるために、各職員、各職種の繁忙度を察知しながらスタッフ全員で連携しあうことが求められる。診療所看護職は、職場内での連携、チームワークを機能させるために対人関係能力やコミュニケーション能力が必要になる。

少ない人員で業務を行っているため、1人が欠けるとその業務を他スタッフが補うことになる。診療所のように人員が少ないところでは、人員が多い病院等と比べて1人当たりの負担量は大きい。医療現場では後回しにできないことが多いことから、日時が決められた外部研修等の参加は、施設側の協力が無い限り参加したくても参加できない状況下に置かれている。今後は、移動時間が不要なオンライン等の開催に有効性をみいだせるのではないかと。

外部に出にくい状況があり、診療所間など自施設以外の看護職との交流も図りづらい環境下で仕事をし、入ってくる情報量の少なさが伺えた。現状は、自己努力の情報収集が主となっており、情報の入手手段が多くなることや他施設の看護職との交流の場を望んでいた。

2. 診療所看護職の役割と資質向上の現状

今回の調査で、診療所看護職に必要とされる役割に対して認識の高さと、必要とされる知識や技術への向上心の高さが窺えた。専門看護師

や特定行為研修修了者が数名いることから、看護職能Ⅱ領域における診療所看護職は、役割認識や資質向上意欲がある集団といえるのではないだろうか。しかし、就業中にその機会を得ることは難しく、自己調整しながら研鑽を図る姿勢がみいだせた。

地域包括ケアシステムの構築が叫ばれている今日において、看護職能Ⅱ領域の看護職は、地域連携を促進する役割期待が大きい。今回の調査では、診療所看護職が地域とのパイプ役や地域貢献に関して積極的に進められていなかった。このようなことは、診療所での地域包括ケアシステムにおける自院の役割や機能が明確になっていない可能性があることや、診療所看護職の地域活動への必要性の認識の低さ、及び人的な問題が含んでいることが考えられる。看護職の診療所内の業務のほか、地域に視点をおいた業務の浸透が必要と思われる。

3. 本調査の限界

本調査は、新潟県看護協会会員のうち、診療所勤務する看護職を対象として行った。対象が絞られていることと、回収数が少ないことから、本調査を新潟県内の診療所看護職の結果として扱うにはさらに調査を進める必要がある。

VI. 結論

1. 今後の看護師職能Ⅱ委員会活動の展望

これまで看護師職能Ⅱ委員会は領域を対象として種々の活動を行ってきたが、診療所看護職においては、ニーズ把握が困難な状況から不全感を抱きながら活動を行ってきた。今回、アンケート調査を実施して幾つかの課題が抽出できたことから、以下の項目等について今後活動を展開していきたい。

1) 情報発信について

・看護師職能Ⅱ委員会として必要な情報を発信していく方法を検討する。支部職能会議において、当委員会と支部代表者とのネットワーク化や情報交換の可能性について検討の場を持つ。

2) 情報共有、交流の場

・診療所看護職を含めた意見交換会の開催。診療所看護職の情報共有や交流の機会、本調査結果から抽出した話題等について意見を聴取し、本委員会が貢献できる具体的活動を見出す。

3) 参加しやすい研修企画

・過去の研修会は土曜日開催としていたが、診療所は土曜日にも診療しているため、曜日の設定等の見直しを検討する。また、COVID-19 感染症収束以後も Web 開催や各支部と連動した研修会等の可能性について検討していく。

4) 新たな活動の模索

・今後、診療所看護職を含めた活動を展開する中で、新たな課題を抽出し、活動内容を柔軟な姿勢で変えていくこと。

文献

1) 横井弓枝：診療所看護師の役割に関する文献レビュー—2014年以降の文献を対象として、天理医療大学紀要、9(1)、2021。

2) 斜森亜沙子、森山美知子：わが国のプライマリ・ケア機能を担う診療所における看護師の担うべき役割と必要な能力、日本プライマリ・ケア連合学会誌、38(2)、102-110、2015。

3) 大塚真理子：2020 診療所看護研究(大塚真理子研究室)、診療所看護師のコンピテンシー、<https://otukalab.jp/clinic/>(2021年10月10日閲覧)

4) 大塚真理子：診療所看護研究(2011)、<https://otukalab.jp/clinic/>(2021年10月10日閲覧)

5) 高柳千賀子、堀之内若名、島田美紀代：診療所看護師が担う地域で暮らす高齢者の見守り機能の検討 - 山武長生夷隅医療圏の一整形外科診療所における看護師の関わりと意識 -、城西国際大学紀要、24(8)、2016

6) 大島操、新居富士美、安部恭子：診療所における看護師の役割に関する文献検討九州看護福祉大学紀要、15(1)、81-89、2015。

介護医療院職員が受ける入所者・家族によるハラスメントの実態調査

Keyword：暴力、ハラスメント、感情労働

○増子 恵 横野 彩芽 渡辺 理恵(新潟県厚生農業協同組合連合会あがの市民病院)

I. はじめに

「介護現場におけるハラスメントに関する調査研究報告書」¹⁾によれば、介護老人福祉施設では70.7%、認知症対応通所介護施設で64.3%が利用者からのハラスメントを受けたとの報告がされている。森らの「患者からの職員に対する暴力の実態調査」²⁾によると患者からのハラスメントは59.5%にのぼり、身体的な攻撃を受ける割合は94.5%との結果が出ている。このように看護・介護の現場では、多くの職員がハラスメントを受けている事が明らかになっている。

介護医療院は平成30年より制定された制度であり、どの介護医療院も開設から日が浅く、ハラスメントの実態調査がない。

A病院でも新たに介護医療院を開設した。日々の業務の中でハラスメントを受けた職員からは「上手くあしらえない自分の技量が足りない」「相談しても何も変わらない」「認知症だから仕方ない」などの自責の念や諦めの言葉が聞かれた。ハラスメントは「お客様」である患者・家族から行われるため、職員が我慢してしまうことで表面化してこないのではないかと考えた。ハラスメントが表面化しないことでハラスメントが続いたり、他の職員も被害を受ける可能性がある。身の危険を感じたり暴力に怯えたり不快な気持ちを抱え、自分の心身を守りながら入所者に安全なケアを遂行しなければならないのは、職員にとって苦痛である。

また、ハラスメントの現状が明らかになることで、一人で問題を抱え込むのではなく、職場全体でのハラスメントに対する環境作りへの取り組みや適切な対応方法を見出ししていくことにも繋がるのではないかと考えた。

今回A病院の介護医療院でのハラスメントの状況と対応方法についての実態調査を行い、ハラス

メントに対するスタッフの気持ちや考え方、対応方法について検討した。

(用語の定義：ハラスメントとは他者に対して行われる言動が、その意図にかかわらず相手を不快な気持ちにする、不利益を与える、尊厳を傷つける、不安や脅威に陥れるような場合とする。)

II. 研究目的

介護医療院内でのハラスメントの実態について調査し、スタッフの気持ちや考え方、対応方法を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：量的研究
2. 対象：研究参加に同意を得られた看護師10名、介護職11名
3. 調査期間：2021年9月～10月
4. 調査方法：自己記入式調査
 - 1) 中野ら³⁾のハラスメント実態調査アンケートをもとに調査用紙を作成する。
 - 2) 基本属性、ハラスメントの有無を選択してハラスメントの内容については5件法とし、その時の気持ちや対応方法について自由記述してもらった。
 - 3) 研究目的・倫理的配慮・参加同意の方法について記載した依頼用紙と共に、無記名記入式質問紙を対象者へ配布した。
 - 4) 質問紙は記入後封書に入れ、設置した回収箱へ投函してもらった。質問紙配布から2週間の留め置き法で実施した。
 - 5) 分析方法：基本属性とアンケート結果について記述統計量を算出した。

5. 倫理的配慮

本研究は、日本看護協会の倫理指針に基づき、

あがの市民病院倫理委員会の承認を得て実施した。研究対象者には、研究目的・内容・秘密厳守・研究の自由参加・拒否をしても服務上の不利益が生じないことを書面で説明し、質問紙の提出をもって研究参加の同意を得た。

IV. 結果

調査票の回収率は100%であった。質問紙に対する結果は以下に示す。

1. 研究対象の基本属性

表1, 基本属性

職種	性別	
看護師	10名	女性10名
介護福祉士	8名	男性1名 女性7名
介護補助員	3名	男性2名 女性1名
対象者年齢	経験年数	
20代	2名(9%)	5年未満 10名
30代	1名(1%)	5~10年未満 6名
40代	12名(57%)	10~20年未満 3名
50代	6名(29%)	20年以上 2名
不快な経験		
受けた	15名(71%)	入所男性13名女性10名 家族男性9名女性1名
ハラスメントに対して行動を起こした	8名(53%)	
行動を起こさなかった	7名(47%)	
受けてない	6名(29%)	

業務中にハラスメントを受けたと回答したスタッフは71%いた。

受けていないと回答した中に「認知機能低下の患者の介護抵抗は暴力ではない」と記載があった。

2. 不快な経験の状況

表2, 受けたハラスメント

内容	強く思う・思う	どちらでもない	思わない・全く思わない
身体的攻撃	11名(79%)	1名(7%)	2名(14%)
精神的攻撃	10名(71%)	1名(7%)	3名(21%)
性的な言動	5名(33%)	2名(13%)	8名(53%)
過大な要求	5名(33%)	1名(7%)	8名(57%)
過少な要求	1名(7%)	2名(14%)	11名(79%)
人間関係からの切り離し	1名(7%)	1名(7%)	12名(86%)
個の侵害	1名(7%)	2名(14%)	11名(79%)
その他	1名(10%)	2名(20%)	7名(70%)

受けたハラスメントのうち身体的攻撃、精神的攻撃が70%以上と多かった。

欄外に「金銭を要求された」「家族からケアに関する細かく指示し、近くで監視される」「胸を触らせろといわれた」と記載あり。

3. 不快な経験への対応

表3, 不快な経験に対する対応内容

同僚(同職種)へ相談した	8名(57%)
上司に相談した	6名(40%)
同職種以外の同僚に相談した	2名
家族や職場以外の人に相談した	1名
行為者に抗議した	1名
その他	1名

不快経験に対する内容では「同僚へ相談した」57%「上司に相談した」40%と多かった。

4. 調査自由記載内容

表4, ハラスメントを受けた時の気持ち

20歳代	回答なし
30歳代	経験なし
40歳代	不快な気持ち・悲しい気持ち・辛い・嫌な気分 何故こんな事を言われなければならないのかと思った 面倒を見る必要はないと強く思った 精神的な攻撃を受けたと感じた時、何で私がいかに言いかたをされなくてはならないのかと感じた とても腹が立ったがこらえて平常心を保った 暫くそのことを引きずってしまう びっくりして嫌な気持ちになった 精神的に落ち込んで毎日が恐怖で、その部屋を避けたいと思った
50歳代	とても嫌な気持ち 悲しい気持ち、情けないと感じたこともあった 不快・動悸があり気持ちが沈んだ

表5, ハラスメントを受けた場面での対応

20歳代	回答なし
30歳代	経験なし
40歳代	その時は時間を置いて接してみる その場限りの時が多いのでそれ以上嫌な思いは続かなかった やめてほしい事を言葉で伝えた 上司に報告した。静かに聞き入れその場を立ち去った 身体への接触はやめるように直接患者に言った
50歳代	自分自身落ち着くように努力した やめて下さいと声を出した 家族の場合は暴言を聞き入れる 否定的な言葉は使わない

表6, どのような対処で解決できたか

20歳代	回答なし
30歳代	経験なし
40歳代	同僚に相談し共感を得る 医療安全委員会と事務長が対応してくれた 一人ではなく複数で対応することにした
50歳代	対応策をスタッフ皆で考えた

表 7, ハラスメントを受けた後行動しなかった理由

行動を起こすほどの事ではないと思った	5名 (71%)
自分が我慢すればよいと思った	5名 (71%)
何をしても解決しないと思ったから	3名 (43%)
行為者を刺激して更にエスカレートすると思ったから	1名 (14%)
相談できる人がいなかったから	1名 (14%)

V. 考察

今回の調査を行った結果、業務中にハラスメントを受けたことがあるスタッフが71%いた。入所者からのハラスメントでは認知症などの疾患に起因するものと捉え我慢してきたスタッフもいる。しかし家族からのハラスメントはエスカレートする傾向にあり、金銭の要求をするなどの個人での対応困難となったケースがあった。このことは

「介護現場におけるハラスメントに関する調査報告書」の結果と同様のことが言える。表2、3の結果からハラスメントへの対応方法が異なることが明らかになった。看護・介護職は、患者・家族の精神的な痛みや苦しみに寄り添い、支えになる事が役割であると思っていることが多い。ハラスメントを受けた後も入所者・家族の対応をしなければならないことが多く、すぐには同僚には話すことができないことで大きなストレスに繋がっている。このような状況に何度も遭遇すると看護・介護を行うために必要とされる適切な判断力や深い洞察力へも影響し、日々の業務への歪みが生じることが危惧される。

ハラスメントに対して行動を起こさなかった理由として「行動を起こすほどのことではないと思った」「自分が我慢すればよいと思った」の回答が多かった。また、ハラスメントを受けていないと回答した中に「認知機能低下の患者の介護抵抗は暴力ではない」と記載があった。このことから何がハラスメントにあたるのかといった共通の認識を持つことで情報を共有しやすくし、ハラスメントを表面化する方法の検討が必要と考えられる。

どのような対処で解決できたかの問いに、対象者の中には医療安全委員会などの組織として対応

したことで問題が解決できたという回答があった。三木ら⁴⁾は「組織全体として行動することで、看護職は病院に理解され守られているという気持ちをもつことができるため、この行動はとても重要である。スタッフの言葉を傾聴する姿勢は、暴力対策にとどまらず病院側が職員の信頼を得ることにもつながる」と述べている。よって組織全体で暴力対策に取り組む姿勢が職員の安全を確保することになり、看護・介護の質の向上につながるのではないかと考える。

VI. 結論

1. ハラスメントを受けても我慢しているスタッフが約半数いた。
2. 受けたハラスメントを話し、共有することで精神的苦痛が和らいだ。
3. 組織全体でハラスメント対策に取り組む姿勢は有効であるが、ハラスメントを表面化するための対策が必要である。

引用文献

- 1) ヘルスケア・ウェルネス事業本部：介護現場におけるハラスメントに関する調査研究報告書、株式会社三菱総合研究所、2019.
- 2) 森里美、堀畑佐和子、三木明子他：患者からの職員に対する暴力の実態調査、日本看護学論文集、日本看護協会出版会、第42巻、220-222項、2012.
- 3) 中野一茂、人見優子：介護職員が抱える施設内暴力の実態調査及び考察、共栄学園短期大学研究紀要、26号、2010.
- 4) 三木明子、友田尋子：事例で読み解く看護職が体験する患者からの暴力、日本看護協会出版会、20項、2010.

参考文献

- 1) 日本看護協会：医療現場での暴力対策、<https://www.nurse.or.jp>、検索2021年3月15日.
- 2) 三木明子：悪質クレームへの組織的対応、医療安全に関するシンポジウム講演文集、Vo12、118-119項、2019

車椅子に抑制された認知症患者を見て看護師が抱く思い

Keyword 車椅子抑制 看護師の意識 認知症高齢者

○関 陽志郎 (南魚沼市民病院)

I. はじめに

A病棟では、認知機能の低下により転倒転落の危険性が高い患者が安静を保てない場合、看護師が車椅子乗車させ、安全ベルトで抑制する場面がよく見られる。車椅子抑制している患者に対して、看護師も初めは対応しているが、繰り返しの問答を重ねることで、次第に患者と関わらなくなり、他業務を優先する場面が見受けられた。私も同様の対応をした経験があり、その場しのぎの対応しかできていなかったことに、良心の呵責に苛まされた。このことから、認知症患者の車椅子抑制をめぐる、看護師が抱く思いを明らかにする必要性を感じた。

II. 研究目的

A病棟において、車椅子に抑制された認知症患者を見て看護師が抱く思いを明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：記述式質的研究とした。
2. 対象：A病棟勤務の看護師24名とした。
3. 調査期間：2022年1月の1週間とした。
4. 調査方法：独自に作成した無記名自由記述式の調査用紙をA病棟看護師24名に配布し、看護師の経験年数別に集計した。状況設定として、「車椅子抑制患者より訴えが聞かれるが、対応できないままに業務している場面」について、どのように感じたか、普段思っていることを自由記述にて、調査した。
5. 分析方法：谷津の「Start Up 質的看護研究第2版」を参考に、以下の手順で分析した¹⁾。
 - 1) 看護師の思いを明らかにすることを焦点化し1データ、1意味になるように切符化した。
 - 2) 年代別に、以下の3群間に分け、データの末尾に群間を記載した。I群：0-3年/若手看護

師、II群：4-9年/中堅看護師、III群：10年以上/ベテラン看護師を示す。

3) 意味内容の類似性に添った分類を行い、データ化シラベル名を付した。

4) 意味内容の類似性・相違性から抽出した概念をカテゴリー化した。

5) 結果の信頼性を確保する為に、分析過程では、質的研究に詳しい経験者にスーパーバイズを受け、データと分析内容の照合を行った。

6. 倫理的配慮

研究依頼者に依頼する際には、研究目的、研究方法、研究協力者の個人情報保護、研究の参加、中止は任意であることについて文書および口頭で説明し、無記名自記式調査用紙の提出を持って同意を得た。調査用紙は調査者の責任の下、鍵のかかったロッカーに保管し厳重管理した。本研究は、南魚沼市民病院、倫理審査委員会の承認を得た。

IV. 結果

アンケートは24名に配布し、21人(回収率87.5%)のアンケートが回収された。21人全員を有効回答(有効回答率87.5%)とし分析対象とした。データ数84個、サブカテゴリー数16個、カテゴリー数7個が抽出された。(表1参照) 看護師歴1-3年(I群)は6名(100%)、4-9年(II群)は4名(80%)、10年以上(III群)は11名(84.6%)であった。なお、カテゴリーは【 】で、(I群、II群、III群)の横にある数字は、その群から出されたデータ数を示す。合計の横にある数字はデータの合計数である。

カテゴリーとして【抑制された患者に寄り添った苦痛緩和のケアを提供したい】、【安全と業務を重視するために、看護師は葛藤しながら、

表1 車椅子に抑制された認知症患者を見て看護師が抱く思い

カテゴリー	サブカテゴリー
抑制された患者に寄り添った苦痛緩和のケアを提供したい (I群4,II群3,III群14) 合計21	患者の苦痛を減らせるような看護ケアがしたい
	車椅子抑制された患者の立場を考えて看護ケアを提供する
	車椅子抑制だけで安全と考えず、放置しない関わりや環境整備が必要
安全と業務を重視するために、看護師は葛藤しながら、抑制をしている (I群6,II群3,III群11) 合計20	看護師は業務を優先するべく本意でない車椅子抑制を行っている
	多忙な病棟で患者の安全を守る為には抑制はやむを得ない
	安全面をやむを得ず、患者を抑制する場合は、理解して貰うための説明が必要だと考えている
同僚の高齢患者への根拠に基づかない対応に倫理観の低さを憂う (I群0,II群1,III群14) 合計15	患者の訴えを蔑ろにする対応は倫理観の低さを感じる
	高齢患者への根拠に基づいた対応ではなく、安易に抑制しているように思う
個人対応には限界があるので、業務改善を行いチームで対応していきたい (I群1,II群6,III群6) 合計13	車椅子抑制の個人対応は負担が大きいのので、他者と協力すべき
	抑制患者が気掛かりだが、多忙で対応できず困っている
業務に忙殺されると、自分本位な考えや質の低い看護に繋がる (I群4,II群0,III群3) 合計7	一方で自分が受け持ちで転倒が繰り返される状況や認知症患者さんが多く、対応が多くなる状況ではベッドで臥床していて欲しい
	多忙になると精神的負担を抱き雑な患者対応になる
抑制の長所短所を踏まえ患者にとっての最善は何か多職種と検討する (I群1,II群0,III群4) 合計5	抑制と安全について多職種で検討していく
	抑制をすることによるデメリットと抑制をしないことによるデメリットを考え、どちらが重要かを判断して行う必要がある
車椅子抑制は抑制患者だけでなく周囲にも悪影響を及ぼす (I群2,II群0,III群1) 合計3	患者や家族の立場なら、悲しさと看護師への不信感を募らせる。
	車椅子抑制されている患者の声出しを聞いている他の患者に迷惑・心配をかけて申し訳ない

抑制をしている】、【同僚の高齢患者への根拠に基づかない対応に倫理観の低さを憂う】、【個人対応には限界があるので、業務改善を行いチームで対応していきたい】、【業務に忙殺されると、自分本位な考えや質の低い看護に繋がる】、【抑制の長所短所を踏まえ患者にとっての最善は何か多職種と検討する】、【車椅子抑制は抑制患者だけでなく周囲にも悪影響を及ぼす】が明らかになった。

V. 考察

本研究は、車椅子に抑制された認知症患者を見た看護師の思いについて、経験年数別に明らかにした。ここでは、結果から得られたカテゴリーを基にして、論述していく。

看護師に共通した思いとして、【抑制された患者に寄り添った苦痛緩和のケアを提供したい】と【個人対応には限界があるので、業務改善を行いチームで対応していきたい】という患者へのより良いケアの提供や、対応を改善したいという思いが明らかになった。先行研究でも同様に、看護師は業務への負担や事故への不安を抱えながらも、高齢患者の人権を尊重した看護をしたいという思いがある²⁾と述べている。また、患者を守るためには、医療現場で働く職員全員が力

を合わせる必要がある³⁾と示唆されている。本研究の看護師からも、患者の苦痛緩和や尊厳を守りたいという思いが抽出されたと推察する。次に、共通する思いとして、【安全と業務を重視するために、看護師は葛藤しながら、抑制をしている】というカテゴリーが抽出された。患者の身近にいて、24時間継続してケアする看護者は、倫理的ジレンマに陥りやすい⁴⁾と述べているように、本意ではない患者の抑制をせざるを得ない状況に、多くの看護師が葛藤を抱いているのが読み取れる。加えて、【業務に忙殺されると、自分本位な考えや質の低い看護に繋がる】というカテゴリーが抽出されている。看護師は、忙しい業務に追われ、患者との時間が取れない状況の中で、不全感を抱くことが多いのではないかと述べている。このように、余裕のない業務は、患者を無感情的に扱うような機械的な対応に繋がる恐れがあると推察する。また、看護師は患者の気持ちに寄り添えていないといった患者との間に隔たりを感じると、脱人格化への道を歩み出す⁶⁾と述べている。このように、看護師が患者の最善を優先できない状況は、看護師に「良心の呵責」や「うしろめたさ」を抱かせ、葛藤につながるのではないかと考える。こうした状況が継

続し、脱人格化が進むと看護師は、患者と接触を減らす態度や行動を示し、視線を避けたり、会話を端折ったり、職場を離れるともう患者のことは一切考えなくなると言われている。さらに、そのような看護師は、患者を人として見られなくなり、看護の質に大きな影響を及ぼす⁷⁾と述べている。このように脱人格化が生じる状況が、バーンアウトに繋がる恐れがあると言えよう。

また、【同僚の高齢患者への根拠に基づかない対応に倫理観の低さを憂う】や【車椅子抑制は抑制患者だけでなく周囲にも悪影響を及ぼす】という思いも抽出された。身体拘束は看護師に看護実践の専門性・主体性・自律性の喪失を引き起こす⁸⁾と言われることから、車椅子抑制は、患者に抑制を実施した看護師だけでなく、間接的にも関わる他スタッフの士気低下や葛藤、倫理感受性の低下を引き起こす恐れがある。その為、看護師の倫理的感受性を減退させない為には、院内での看護倫理教育の機会が必要と考える。

本研究では、課題を解決する一方策として、【抑制の長所短所を踏まえ、患者にとっての最善はなにか多職種と検討する】というカテゴリーが抽出された。このように車椅子抑制の問題や葛藤は、看護師だけの解決は限界があるため、多職種チーム全体で取り組むことが重要だと考える。職場全体の課題を共有する機会を持つことは、同僚とのコミュニケーション、よりよい人間関係の構築に繋がる⁹⁾ことが述べられている。加えて、倫理的ジレンマは自由に話し合えるカンファレンスにより軽減できる¹⁰⁾とも述べている。このように、看護師が抱える葛藤や悩みを共有し、浄化させるためには、率直に思いを語り合える職場風土が重要だと考える。特に、カンファレンスでの身体拘束や葛藤に対して話し合えると、看護師の成長や経験の浅い看護師の教育と繋がり、倫理的ジレンマが軽減される効果が期待される。

このことから、車椅子抑制や認知症患者に対する看護師の葛藤を軽減させることが、看護師

の倫理的感受性を高め、脱人格化の予防となり、認知症患者への対応の質の改善に繋がるのではないかと推察する。

VI. 結論

1. 抑制された認知症患者への苦痛緩和のためのケア提供や、看護チームで対応を改善したいという看護師の思いが明らかになった。
2. 看護師が率直に、抑制や葛藤について語り合える職場風土が、看護師の倫理的感受性を高め、脱人格化の予防となり、認知症患者への対応の質の改善に繋がる可能性がある。

VII. 引用文献

- 1) 谷津裕子：Start Up 質的看護研究(第2版)、学研メディカル秀潤社、98 - 154、2015.
- 2) 加藤秀子、室伏公子、江波戸和子：高齢者の人権を尊重することと病棟規則のあり方、日本精神科看護学会誌、48(2)、357-361、2005.
- 3) 上原鳴夫：わが国の医療安全政策がかかえる今日的課題.J.Seizon and Life Sci、19B、51-62、2009.
- 4) 岡谷恵子：看護業務上の倫理問題に対する看護職者の認識、看護 51(2)、26 - 31、1999.
- 5) 本村良美、八代利香：看護師のバーンアウトに関連する要因、日本職業・災害医学会会誌、58(3)、120 - 127、2010.
- 6) 久保真人、田尾雅夫：The Japanese Journal of Experimental Social Psychology、Vol. 34、No. 1、33-43、1994.
- 7) 田尾雅夫：バーンアウト：ヒューマン・サービス従事者における組織ストレス：社会心理学研究、第4巻第2号、91 - 97、1989.
- 8) 鈴木みずえ、黒川美知代：認知症 plus 身体拘束予防、日本看護協会出版会、2022.
- 9) 堀田聡子：介護職のストレス・バーンアウトと雇用管理、季刊家計経済研究、No. 82、2009.
- 10) 山岡八千代、藤野文代：精神科病院入院中の高齢精神患者への行動制限に関する看護師の倫理的ジレンマ、ヒューマンケア研究学会誌、9(2)、71-74、2018.

『FISH！哲学』を導入した生き活きと働くための職場環境作り

Keyword：FISH！哲学 職場環境作り

○本間 善枝 古川 泰子 山田 俊恵（医療法人社団健進会 新津医療センター病院 外来）

I. はじめに

A 病院は 21 科の外来診療科を有し、一日の来院平均外来患者数は約 150 名である。診察室は東棟と西棟に分かれ、1 階から 2 階にかけて広範囲に亘る。外来業務にあたる看護職員は約 30 名で各科診察の補助に加え、通院化学・免疫療法、訪問診療、救急外来、手術、内視鏡検査など業務内容は多岐に渡る。更に COVID-19 の流行に伴い、今年度はワクチン接種業務が加わり多忙となったことから、スタッフ間の交流が希薄となり、ストレスや不満が募り、お互いを思いやることが困難な現状がみられた。

このような中、『FISH！哲学』を導入したことで職場の活性化を図ることが出来た¹⁾と言う報告があった。そこで A 病院外来でも「遊ぶ」「態度を選ぶ」「注意を向ける」「喜ばせる」の行動原理から成る『FISH！哲学』を取り入れる事で、スタッフが自発的に行動できる風通しの良い職場環境作りが可能となり、楽しく仕事が出来るとはならないかと考え、生き活きとした職場環境作りを目的に、『FISH！哲学』を導入した。その実践前後のアンケート調査内容に基づき報告する。

II. 研究目的

『FISH！哲学』を学び、良い人間関係を築き、楽しく仕事ができる職場環境を作る。

III. 研究方法

1. 期間：2021 年 7 月～10 月
 2. 対象：外来看護師 28 名、看護助手 2 名計 30 名
 3. 方法：質問調査用紙によるアンケート調査研究
- (1) 『FISH！哲学』の勉強会の開催

①勉強会資料を作成。『FISH！哲学』について紹

介の後、外来で取り組み方を説明する。

②勉強会実施後に用紙を用いアンケート調査を実施。（FISH 実践前アンケート）

(2) 外来でできるスタッフ参加型の『FISH！哲学』を企画し実践する。

① 毎日朝礼後に円陣をとり、順番に掛け声を出し 1～2 分程の準備体操を行う。

② 『笑顔・あいさつ・ありがとう』のイラスト付ポスターを目立つように外来各所に掲示する。

③ 『FISH！哲学』の 4 つの行動原理を PR するポスターを作成し、処置室と内科外来に掲示する。

④ 外来診察室など随所に、季節感のあるものを折り紙等で装飾をする。スタッフにも創作、飾り付けに参加してもらう。

⑤ 毎朝、朝礼の為に集合する内科外来に一本の大きな木を模造する。折り紙で作った花などを自由に装飾できるようにする。またメッセージカードを設置し、スタッフからスタッフへ感謝の言葉を記入し、木に装飾していく。題して『ありがとうの花をいっぱいしよう！』。

⑥ 『FISH！哲学』導入後の意識調査と職場環境の変化に関するアンケートの実施。アンケート用紙を作成し、全員に配布する。

4. 評価方法（分析方法）：勉強会・企画前後のアンケート調査の単純集計および自由記載の記入内容も意見として提示した。

5. 倫理的配慮：対象者全員に対し、研究への協力は自由であり、参加の有無により不利益がないことを説明する。アンケート用紙は無記名とし、用紙の提出により同意を得たものとするが、

いつでも途中で辞退出る事を伝え、対象は同意を得られたものとした。本研究はA病院看護部倫理委員会にて承認を得て実施した。

IV. 結果

1. アンケート回収率 100% (実践後アンケートでは1名の退職によりスタッフ 29名)

2. 対象の属性

年齢層は29名中40~50代が20名で69%と最も多く、平均年齢は50.4歳である。経験年数は25年以上が20名で7割程を占めている。

3. FISH実施前のアンケート

(1) 『FISH! 哲学』を知っていましたか? の質問について、30名中「知っていた」1名(7%)、「知らなかった」が28名(93%)を占めていて、「実際に活動を経験したことはありますか?」については、「経験がある」と答えたスタッフは1名(4%)だった。

(2) 「今回の勉強会で『FISH! 哲学』について理解できましたか?」の質問では、「とても理解できた」14名(47%)、「まあまあ理解できた」16名(53%)で全員が理解出来たと回答。

(3) 「内容を聞いて関心を持ちましたか?」については27名(90%)が「関心がある」と回答し、「外来でのFISH活動に率先して協力できますか?」の質問では、「はい」22名(73%)に対し、「わからない」8名(27%)だった。

4. FISH実施後アンケート

今回のFISH活動は、無回答4名(14%)を除き、25名(86%)全員が良かったと回答。

(1) 「意欲的に実践できましたか?」では、「とても思う」5名(17%)、「少し思う」17名(59%)、「あまり思わない」7名(24%)で、「実践できなかった理由は?」の質問では、「忙しくて手が回らない」7名(70%)、「誘われなかったからやなかった」1名(10%)だった。

(2) 実践計画の活動内容の結果、「できた」の回答は、「ポスターは意識付けになった」で66%と一番多くみられ、次に「朝の準備体操」の34%であった。詳細は図1に示す(図1参照)。

(3) 「4つの原理を理解し実践したスタッフの中で、どの原理を実践したか?」の質問では、「仕事を楽しまう」17名(31%)、「相手を喜ばせよう」6名(11%)、「相手に向き合おう」16名(30%)、「態度を選ぼう」14名(26%)だった。

(4) 「今回FISH活動をして、今までと変わったことはありますか?」の質問では、「意識の向上」19名(33%)、「笑うことが増えた」13名(23%)、「スタッフへの関心が持てるようになった」10名(18%)の他に「人間関係が良くなった」等の回答がみられた。

(5) 「今後も活動を継続した方が良いか?」の質問では、「とても思う」16名(55%)、「少し思う」13名(45%)で全員の賛同が得られた。

V. 考察

今回、楽しく生き活きとした職場環境を作るための施策として、初めて『FISH! 哲学』を導入し活動してきた。

実践後アンケート結果から、興味を引くために掲

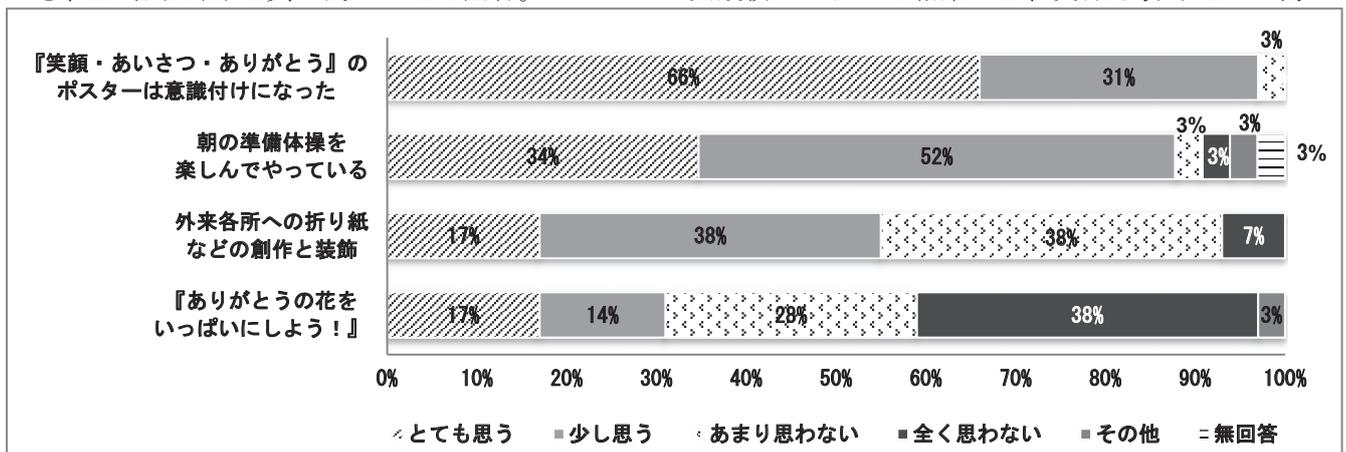


図1. 実践計画の活動内容

示物を目立つ場所に掲示したことで、多くのスタッフの目に留まり、周知を高めることができたため効果があったと考える。

「相手を喜ばせよう！」の実践は他の原理と比較して全体の1割程度で最も低かった。「ありがとう」のメッセージカードの活用は方法の一つであったが、活動していく過程で「書いてもらえない人は可哀想」という意見があり、積極的な実践に結びつかなかったことが考えられる。スタッフ同士の言い合える関係があると、認め合ったり声を掛け合ったりすることができ、お互いに協力し合えばコミュニケーションが円滑になるのではないだろうか。

山崎²⁾は「中高年看護師は職場での看護実践の軸となり、職場の雰囲気作り、職場風土に影響を与えている。」と述べている。本研究対象の平均年齢は50.4歳でありこの年代の者が多く、職場風土の影響力は高いといえる。この年代は一般的に適応能力の低下に伴い、自分を取り巻く環境の変化を好まない傾向がある³⁾。また、人から褒められることが少ない現実があるが、職場での「ありがとう」の言葉はモチベーションの向上に繋がりと、良い評価となったと考えられる。

スタッフと共同しての創作活動は、お互いに新しい一面を知ることができ話題も増え、同じ目的意識を持って楽しく実践できた。業務形態の都合上、参加できなかったスタッフに対しても、自然と「相手に注意を向ける」ことができ、主観的に捉えることが難しくてもよい信頼関係を築ききっかけとなった。小路⁴⁾は「相手の感情を受容すればする程、相手はやる気を出すし、職場の人間関係も良くなってくる」と述べている。

今回のFISHの導入は、全員が「活動は良かった」と回答していることから、職場の人間関係が良くなったと実感できた。企画を楽しむということに繋げるためには、スタッフ各々が共に参加し、楽しみを見出す必要があることがわかった。今後は定着を図るために人を巻き込んだFISH活動の施策を考案し、活動を継続していくことで、職場風土を変える大きなきっかけとなればよいと考える。

今回のFISH活動は導入したばかりだが、スタッフ全員が生き活きと仕事をする良い兆候であることを実感し、継続への意向も確認ができた。

今後、各々が自発的に行動し、楽しく生き活きとした職場作りが出来るかが課題である。

VI. 結論

1. 『FISH! 哲学』の導入は、スタッフの意識の向上や人間関係に良い効果があった。
2. 今後もFISH活動を活発に行うための施策を考案し、外来スタッフ一同でFISH活動を継続していくことが望ましい。

文献

1. 成田紀代、高田しのぶ、赤間亮子：外来におけるフィッシュ哲学の実践、外来看護、25(3)、28-42、2020。
2. 山崎恵子、内田宏美、長田京子：中高年看護師の職業継続のプロセスとその思い、日本看護管理学会誌、16(1)、34-44、2012。
3. 小野郁美、三木明子、吉田麻美：中高年看護師における仕事意欲および生きがい感と定年後の就業継続意向との関連、日本産業看護学会誌、6(1)、16-23、2019。
4. 小路美喜子：フィッシュ！の導入と実践ガイド、東京慈恵医大付属病院看護部編、日本看護協会出版会、22-23、2012。
5. スティーヴン・C・ランディン、ハリー・ポール & ジョン・クリステンセン：フィッシュ！鮮度100%ぴちぴちオフィスのつくり方、早川書店、103-110、2017。
6. スティーヴン・C・ランディン：フィッシュ！実践編ぴちぴちオフィスの成功例一挙公開、早川書店、75-212、2002。
7. 貞方三枝子：『フィッシュ！哲学』導入における看護師の職場活性化、日本看護管理学会誌、16(1)、32、2012。
8. 熊谷雅之、馬場二美、高尾敏江：生き活きと働ける職場づくり、
<http://hdl.handle.net/10564/3129>(2021年8月20日閲覧)

急性期看護師のストレス状況とその対処行動の発見

—看護師の生活の質・仕事へのモチベーション向上を目指す—

Keyword：急性期看護師 ストレス状況 対処行動

○増子 綾香 川崎 岬 (医療法人愛仁会 亀田第一病院)

I. はじめに

厚生労働省¹⁾は「ストレスの原因となる要因は、仕事、職業生活、家庭、地域などに存在している。心の健康づくりは、労働者自身が、ストレスに気付き、これに対処すること（セルフケア）の必要性を認識することが重要である。」と示している。また、呉竹ら²⁾は「急性期病院の看護師は、医療の高度化・複雑化により強い不安や悩みを抱えながら働いていることはいくつもの調査で指摘されている。」と述べている。

X 病院は 2 次救急を担う急性期病院であり、急性期整形外科病棟である A・B 病棟を有する。緊急入院患者が多く日々の仕事量に変動があり、交代制勤務という過度に緊張した中での活動であるため、精神的ストレスが高まり、蓄積的疲労が高いと考えられる。夜勤による睡眠リズムの変調は睡眠の質の低下、疲労回復効果の低下、ストレス解消機能の低下などの身体的疲労による健康障害を起こす恐れがある。我々は無意識にストレスに対して何か対処行動をとっていると考えられる。また、職場・日常生活で行動が制限されている状況下では、ストレス対処行動も変化せざるを得ない状況となっている。以上のことから本研究では、看護師に表れているストレス状況について明らかにし、ストレス対処行動を発見することで、生活の質の向上、仕事へのモチベーション向上に繋げていきたいと考えた。

II. 研究目的

急性期病棟に勤務する看護師に現れているストレス状況とその対処行動を明らかにする。

III. 方法

研究対象：X 病院の急性期整形外科病棟に勤務する A 病棟・B 病棟看護師のうち師長・研究者を除く計 37 名

を対象に実施した。

調査期間：2021 年 7 月から 2 か月間

調査方法：質問紙調査

(1)対象者にアンケート用紙を配布し(1回目)、倫理的配慮を十分に説明した上で自由意思での参加とし期間内に提出してもらった。

①厚生労働省の職業性ストレス簡易調査票内の(B.最近一か月間のあなたの状況について)項目を使用した。

②性別、経験年数、年齢、世帯構成、選択式でのストレス対処行動の質問、自由記述式でのストレス対処行動の質問を行い、回答を求めた。

回収用 BOX を病棟に設置しアンケート用紙を入れてもらう留置調査法を用いた。

(2)(1)のアンケート結果を回答者に周知させ、他者のストレス対処行動の中で自分でもできそうなものを選択し約1か月間で可能な限り実践してもらった。

(3)約1か月後に再度アンケート(2回目)をとった。

分析方法：①は「ほとんどなかった」、「ときどきあった」、「しばしばあった」、「ほとんどいつもあった」の4段階で回答、集計する。1回目①②アンケート結果から、対象のストレス状況とストレス対処行動を分析した。

IV. 倫理的配慮

倫理委員会の倫理審査を受け承認されており、アンケートを配布する対象に研究対象の選択理由の説明、研究参加手順、研究の趣旨・目的を明確に伝える。本研究への参加は自由意思での参加であり、参加しない場合でも不利益を受けないこと、参加後もいつでも撤回でき、その場合にも不利益を受けないことを保障する旨を記入し、アンケート用紙の提出をもって同意を得

たこととする。個人情報、対象者が特定されることはないよう無記名で行い、厳重に保護することの説明を行った。またこのアンケート結果で個人を特定できる可能性ある集計結果の実数はここに提示しないこととする。

V. 結果

X 病院の急性期整形外科病棟に勤務する A・B 病棟看護師のうち、師長・研究者を除く計 37 名に実施した。男女比は女性 88%、男性 12%。年齢層は 35 歳以上が最も多く 46%、経験年数 10 年目以上が最も多く 56%。家族構成は同居家族ありが 76%、独居 24%となった。

アンケートにて性別、年齢、経験年数、家族構成で括らず全体のストレス度を平均化させた。ストレス度全体平均が約 154 点であった。(ストレス度が低い→満点で 212 点、ストレス度が高い→最低点 53 点) 平均よりストレス度が高かった人のみ抽出した結果、35 歳以上、経験年数 10 年目以上が 60%以上であった。

また新人看護師である経験年数が 1～3 年目のグループを注目すると周りの上司、職場の同僚とどのくらい気軽に話せるか、頼りになるかの設問に対し、「かなりある」「非常にある」に約 80%が答えていた。また新人看護師である経験年数が 1～3 年目のグループを注目すると周りの上司、職場の同僚とどのくらい気軽に話せるか、頼りになるかの設問に対し、「かなりある」「非常にある」に約 80%が答えていた。

【職場内でのストレス対処行動】

- ・ 思っていることを話して意見交換する
- ・ 物品の補充、整理整頓をするとスッキリする
- ・ 患者と話す
- ・ 先輩に褒めてもらい、不安なことについて解決策を教えてもらった時、相談する
- ・ 先輩に同調してもらい、雑談、近況報告
- ・ 同期との近況報告、悩み相談

【プライベートでのストレス対処行動】

- ・ 運動・テレビ映画・ゲーム・遊ぶ
- ・ 笑う・音楽聴く・カラオケ
- ・ 食事・睡眠

- ・ 買い物・会話
- ・ ドライブ・旅行
- ・ 喫煙・飲酒

アンケートでストレスの解消方法を提示してもらった結果、ストレス度の高い人、低い人も解消法の内容はほとんど同じようなものであった。新型コロナウイルスによって活動の制限、ストレス解消方法で一番多かった旅行や友人との食事、飲み会等外出が出来ないためストレス解消法の実践出来なかったとの声が多く聞かれた。そして、自分にあったストレス解消方法を記入出来ている人は全体の約 30%で、対処行動が実践出来ていたためストレス度が低かった。

VI. 考察

ストレス度の高かった 35 歳以上、経験年数 10 年目以上の看護師は家庭内での役割や仕事面でも多重業務であり、また部下の指導や役職などの責任のある立場である為負担が大きいと考えられる。急性期病棟では患者の看護や介助量が多く身体面での負担も大きいと考える。

アンケート結果を集計し周知させ、趣味、嗜好が無い人でもこの研究を期に新たなストレス解消方法を知り実践することが出来、数値でストレス軽減に繋がったのだと考える。久持³⁾は「セルフケアを行うにあたって必要な三本柱があり、①知る、②気づく、③対処するとある。自分自身のストレスに気づいていなければ対処のしようがない。」と述べている。発散方法は各個人で様々で一概にこの発散方法を知って実践したところで特別な変化を得ることは難しかった。しかし、このアンケートのきっかけによって自分のストレス状況と対処行動を考えてみる機会があったことに意味があったと本研究に置いて一番よかった点ではないかと考える。自分自身でストレス対処行動を個々で模索し続けることがそれぞれにとってのストレス対処行動に繋がっていくと我々は考える。

また新人看護師については、気軽に話せると約 80%が回答しているため、先輩と後輩の関係が概ね良好であるといえる。関係性が良い状態とは、コミュニケーションが活発に行われていることで、相互理解が深まり、信頼関係が強くなる。結果の【職場内でストレス対処

行動】においても先輩に褒められることによってストレスを発散できているという結果が出ている。畑埜ら⁴は「やりがい」をもたらすには「承認」が大切である。」と述べている。

よって、承認し合える関係性を築くことで、仕事へのモチベーションに繋がっていくと考える。

VII. 結論

(1) 年齢 35 歳以上、経験年数 10 年目以上の対象は仕事・家庭の両立でストレス度が高かった。

(2) 自分自身でストレス対処行動が明確である人はストレス度が低い。しかし、新型コロナウイルスの影響でストレス対処行動が実践できない人が多かった。

(3) 職場環境をよりよくすることによって、ストレスなくまた信頼関係の構築も望め、職場でのストレス減少、やりがい、モチベーションの向上が見込めた。

引用文献

1. 厚生労働省.

「労働者の心の健康の保持増進のための指針 (2006)」
<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/03/d1/h0331-1b.pdf> (閲覧 2022/8/15)

2. 呉竹 礼子、乾 加奈、大井 克之、他

急性期病院における看護師の職務満足と ストレス反応の分析
www.u-hyogo.ac.jp/mba/pdf/SBR/2-2/237.pdf
(閲覧 2022/1/12)

3. 久持 修.

ナースの心がラクになる！すぐやるストレス解消術.
p. 17, 2015/12/31, 初版, 第 1 刷発行

4. 畑埜義雄. 医療人の生きがいづくり～コーチングコミュニケーションによるチーム医療の構築, 日本臨床麻酔

学会誌, 32 (1), 2012, p. 104-110

参考文献

1. 公益社団法人看護協会(2013), 護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン, メヂカルフレンド社, p 7-14.

2. 嶋田 至. 「関係の質」が高い, 信頼し合えるチーム.

看護管理, 第 29 巻第 5 号

3. 厚生労働省. 数値基準に基づいて「高ストレス者」を選定する方法.

(ストレスチェック制度実施マニュアルの解説)

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudouki jun/anzeneisei12/pdf/150803-1.pdf>

(参照 2022/8/6)

病棟内でのリハビリスタッフとの連携強化を目指して

- 「回復期リハビリテーション病棟協会 看護・介護 10 か条」の達成を 目指した取り組み -

Keyword 回復期リハビリテーション病棟 他職種連携 カンファレンス

○佐藤 祥子 土田 千枝子（社会医療法人 嵐陽会 三之町病院）

I. はじめに

回復期リハビリテーション病棟の看護師の役割には、全身状態の管理以外に今後を見据えた看護ケアの介入と環境調整、家族へのサポートなどがあり、他職種との連携が重要である。しかし、病棟看護師は日常のケアやナースコール対応などで、他職種との情報共有の場であるカンファレンスに費やす時間が十分に確保できない現状がある。そのため、他職種間での患者情報や目標設定の共有が十分ではなく、看護ケアにその内容を反映することが難しい状態であった。栗原¹⁾は「より質の高い、その人に合った医療の提供により、真の意味での『患者満足度』を満たすことは、まさにチーム医療のアウトカムである。これは同時に『医療従事者満足度』をも満たしてくれるものであり、このことが更に、地域貢献というカタチで事業帯の社会的責任を果たすことにつながっていく」と述べている。回復期リハビリテーション協会では、医師・看護師・療法士・ソーシャルワーカー・栄養士がそれぞれの立場からより良い医療を目指した指針として、それぞれ 10 か条が掲げられている。2003 年、回復期リハビリテーション病棟協会から「回復期リハビリテーション病棟ケア 10 項目宣言」が発表され、2013 年には「セルフケア能力の向上」「健康の維持・管理」が追加され、さらに 2018 年、現在の「看護・介護 10 か条」となっている。本研究ではチームアプローチを高めるために、「看護・介護 10 か条」の中から他職種連携に繋がる項目として、第 7 項目「他職種と情報の共有化を推進しよう」と第 10 項目「看護計画を頻回に見直しリハ計画に反映しよう」を選び、リハ

ビリスタッフとの連携強化とカンファレンス開催の徹底を業務改善として取り組んだので、その結果を報告する。

II. 研究目的

本研究では、リハビリスタッフとの連携強化のため「看護・介護 10 か条」の第 7 項目と第 10 項目の達成に向けた質問紙による調査を実施し、その結果をもとに業務改善を行うこと、また一定期間の業務改善を実施することで看護ケアの質向上につながったかを検証することを目的とした。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：介入研究（前後比較研究）
2. 研究対象：A 病院回復期リハビリ病棟スタッフ 28 名（看護師：19 名 准看護師：2 名 看護補助者：7 名 育児休暇中のスタッフ及び病棟クラークを除く）とした。
3. 研究期間：2021 年 9 月～2022 年 1 月
4. 調査方法：
 - 1) 調査用紙は、現状の問題点とそれに対する改善策を明確にするため、研究者間で項目を検討し作成した。
 - 2) 事前調査では研究対象者へ研究者が作成した無記名自記式調査用紙を個人に配布し、回収箱を設置し期日を指定し投函してもらい回収した。
 - 3) 業務改善後の調査では、研究対象者へ研究者が作成した無記名自記式調査用紙を個人に配布し、回収箱を設置し期日を指定し投函してもらい回収した。
5. 調査内容：
 - 1) 事前の質問紙調査票
質問 1：質問項目を「回復期リハビリテーショ

ン病棟協会看護・介護 10 か条を知っているか」とし、回答項目を「知っている」「聞いたことはあるが内容はわからない」「初めて聞いた」の3件法とした。

質問2：質問項目を「看護・介護 10 か条を達成していくためにはどのような方法があるか」とし、自由記述にて回答してもらった。

2) 事後（業務改善後）質問紙調査票

質問1：質問項目を「今回の取り組みで以前よりリハビリスタッフと関わる時間が増えたか」とし、回答項目を「増加した」「やや増加した」「あまり増加していない」「全く増加していない」の4件法とした。

質問2：質問項目を「リハビリスタッフと患者目標について共有できたか」とし、回答項目を「共有できた」「やや共有できた」「あまり共有できなかった」「全く共有できなかった」の4件法とした。

質問3：質問項目を「リハビリスタッフと情報共有することで患者に対するケアの質向上につながったか」とし、回答項目を「向上した」「やや向上した」「あまり向上しなかった」「全く向上しなかった」の4件法とした。

6. 分析方法：事前質問の質問1、事後質問の質問1～3は単純集計とし、結果について研究者間で検討した。事前質問の質問2は自由記述とし、記述された内容を研究者間で精読し、業務改善として実践できる内容を検討し抽出した。

7. 倫理的配慮：対象者には、目的、調査への参加は自由意志であり、参加の拒否・中断により不利益が生じないこと、得られたデータは研究のみに使用すること、回収箱の投函をもって同意を得たものとした。調査については、A病院看護部倫理委員会の承諾を得た。

IV. 結果

1. 「回復期リハビリテーション病棟協会看護・介護 10 か条を知っているか」

2021年9月に実施した事前質問紙調査の結果、回答数は21名（回収率75%）であった。

「知っている」と回答した人は、全体の14%という低い結果であり、認知度及び理解度も低いことがわかった（図1）。

2. 「看護・介護 10 か条を達成するためにどのような点に改善が必要か」

他職種カンファレンスの強化や、リハビリスタッフと計画を共有・定期的な見直しの実施などの意見が多かったことから、研究者とリハビリスタッフと話し合い、以下の方法に変更した。入棟翌日にリハビリスタッフと看護師が初回のADL（日常生活動作）評価に同行し、1～2週間程度の短期目標を設定、看護師はその内容に応じて看護計画を立案し、それを基に1週間以内に他職種カンファレンスを開催することを徹底した。

3. 「今回の取り組みで以前よりリハビリスタッフと関わる時間が増えたか」

2022年1月（4カ月後）の評価として実施した事後質問紙調査の回答数は20名（回収率74%）であった。リハビリスタッフと関わる時間が「増加した」「やや増加した」と回答したスタッフは70%と高い結果であった（図2）。

4. 「リハビリスタッフと患者目標について共有できたか」

患者目標について「共有できた」「やや共有できた」と回答したスタッフは80%と高い結果であった（図3）。

5. 「リハビリスタッフと情報共有することで患者に対するケアの質向上につながったか」

情報共有により「ケアの質が向上した」「やや向上した」と回答したスタッフは79%と高い結果であった（図4）。

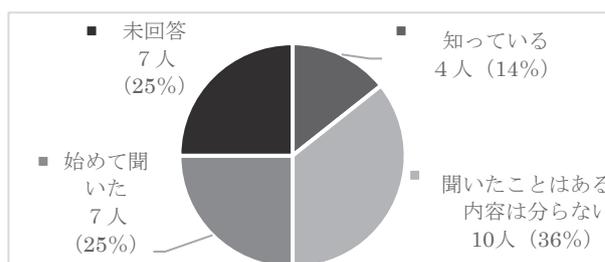


図1 看護・介護 10 か条の認知度 (n = 21)

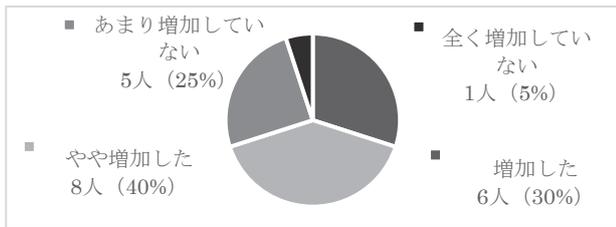


図2 リハビリスタッフと関わる時間 (n=20)

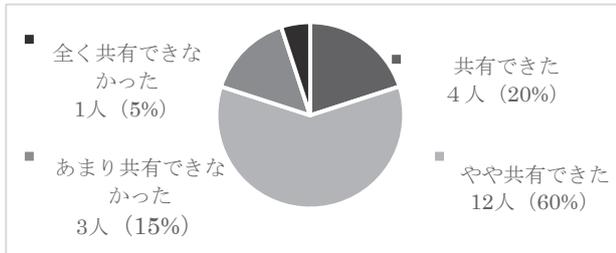


図3 患者目標共有の達成度 (n=20)

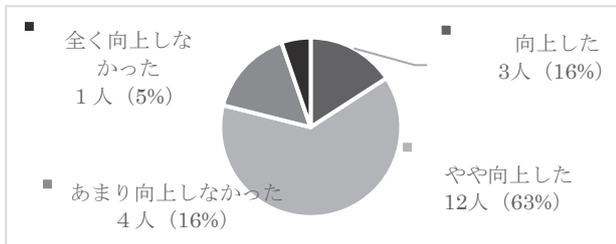


図4 情報共有とケアの質の関連性 (n=20)

V. 考察

1. リハビリスタッフとの連携、時間の共有の必要性について

研究開始前は「看護・介護 10 か条」を知らないスタッフがほとんどであった。定期的なカンファレンスは実施できておらず、情報共有の機会が少ないことで、看護師とリハビリスタッフとの間で患者目標の共有ができていない現状があった。個別性に応じたケアが提供できず、看護スタッフの業務に対する満足感・達成感も得られにくい状況にあった。藤田ら²⁾は「患者は多様な側面からなるニーズを持っており、特定の職種や領域が限られた側面から患者を捉えるだけでは、良質な医療を提供することは困難である。その為、多職種がそれぞれの専門性を活かして連携することが求められている」と述べている。本研究でカンファレンスが定着し、リハビリスタッフと関わる時間が増えたことで、患者の目標や退院に向けた方向性について共有する機会の増加に繋がった。

2. リハビリスタッフとの連携、時間の共有による看護ケアの質向上について

今までは経験年数により、患者に対するケアの内容や目標設定に差が生じてしまっていたが、リハビリスタッフからアドバイスを受けることで経験年数の少ない看護スタッフも、より個別性に応じたケアの提供・患者目標の設定に繋がったと考える。「リハビリスタッフと情報共有することでケアの質向上につながったか」の調査項目では、「ケアの質が向上した」「ケアの質がやや向上した」と回答したスタッフは79%であり、リハビリスタッフとの情報共有が、ケアの質を高めている要素の一つであると言える。今回の調査では、質が向上した具体的な看護ケアについて調査内容に含めなかったが、スタッフの回答は日々の業務を通じて感じた回答内容であった。ケアの質が高まっていると実感しているスタッフが多いと言うことは、業務改善がケアの質を高めることにつながったということが推察された。

VI. 結論

1. カンファレンスにおける業務改善を実施し開催時期を明確にしたことで、リハビリスタッフとの情報共有の機会が増え連携強化につながった。
2. 質問紙による回答で看護ケアの質が向上したと回答はあったが、実際の具体的な内容の検証までには至らなかった。

引用文献

- 1) 栗原一樹：回復期リハビリテーション病院におけるチーム医療のカタチとポジション、商大ビジネスレビュー、5 (3)、71-98、(2015)
- 2) 藤田厚美，習田明裕：回復期リハビリテーション病棟看護師の他職種連携実践能力に関連する要因、日本看護科学会誌、36、229-239、2016.

退院支援アセスメントシートを活用して

- 若手看護師の退院支援アセスメント能力の向上を目指した取り組み -

Keyword 退院支援、アセスメントシート、若手看護師

○武田 桃子 藤田 真心 (社会医療法人新潟勤労者医療協会 下越病院)

I. はじめに

近年、高齢化率は年々増加し、2019年は28.4%に達している。65歳以上の高齢者のいる世帯や一人暮らしの人口は増加傾向にある¹⁾。在院日数が増えることで低活動状態が続くと全身の筋肉量の低下や認知機能の低下が生じ、結果として入院時より身体機能が低下した状態が生じてしまう。要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括システムの構築が求められている。地域包括ケア病棟(以下、A病棟)では患者と家族が安心して退院できるよう支援を行っているが、一人暮らしの高齢者や退院後は家族が自宅で看られないというケースが多く見受けられ、退院支援の困難な事例も増加している。特に退院支援に関わる経験年数が乏しいA病棟の若手看護師は退院前の患者の生活状況や退院後の課題が十分に把握しきれていないことから、退院間近になって課題に取りかかることもあった。そこで以前にA病棟で作成した患者の退院支援時に入院前の生活の状況と現状を比較し、介入すべき事項を明らかにすることができる退院支援アセスメントシート(以下、アセスメントシート)を活用することで若手看護師が患者の生活状況を含めた全体像を把握する一助となり、円滑な退院支援に繋げられるのではないかと考えた。

II. 研究目的

本研究では、A病棟からの退院調整時に若手看護師が病棟で独自に作成したアセスメントシートを活用することで、若手看護師が患者の全体像を早期に把握し、円滑な退院支援に繋げるこ

とができるかを検証することを目的とした。

III. 研究方法

1. 研究デザイン 介入型研究

2. 対象 A病棟に勤める2021年度2~5年目看護師8名とした。本研究における若手看護師とはB病院の看護師キャリアラダーⅠ~Ⅲ(1~5年目)に属する看護師とした。ただしプライマリーナーシングを行わない1年目は対象外とした。

3. 調査期間 2021年4月下旬~5月下旬

4. 調査方法

1)A病棟から退院が予定される1~2名の患者に対し、若手看護師にアセスメントシートを活用し退院調整を行ってもらう。

2)アセスメントシート使用前に使用前アンケート(以下、前アンケート)を4月下旬に実施する。

3)アセスメントシート使用後に使用后アンケート(以下、後アンケート)を5月中旬に実施する。

5. 調査内容

前アンケートの質問1~16とし(表1)、後アンケートの質問1~17とした(表2)。質問1、2、16、17は自由記載、質問3~15については“出来ている”“まあまあ出来ている”“出来ていない”の3件法とした。

6. 分析方法

1)質問3~15は単純集計とし、アセスメントシートの活用前後を比較検討した。2)自由記載の質問1、2、16はアセスメントシートの活用前後の退院支援への関わりの変化を調査した。3)質問17はアセスメントシートの必要性について確認した。

7. 倫理的配慮

研究対象者に研究内容を示した書面に基づき口頭にて説明、研究への協力とアンケート調査を依頼した。アンケートは無記名、自由意思による回答とし提出をもって同意を得ることとした。プライバシーの保護を保証し、また強制ではないこと、この研究以外では使用しないことを明記した。研究終了時に本研究で取得した全ての情報をシュレッダーで破棄することとした。

表 1 アセスメントシート使用前アンケート

質問 1: 退院支援に関わる時、何から情報収集を行うか(例:退院支援調整記録、入院時患者情報など)
質問 2: 何に気を付けて情報収集しているか
質問 3: 家族背景, 構成, 協力体制の情報を得ている
質問 4: 患者, 家族の意向の確認が行えている
質問 5: 病状説明の内容を把握できている
質問 6: 既往歴、現病歴が把握できている
質問 7: 内服管理方法について把握できている
質問 8: ADL, 認知機能を把握できている
質問 9: 介護度や利用サービスの把握ができている
質問 10: 食事形態, 食事動作を把握できている
質問 11: 排泄状況を把握できている
質問 12: 保清状況について把握できている
質問 13: 居住状況を把握できている
質問 14: 必要な医療処置について把握できている
質問 15: 退院前後の受診先を把握できている
質問 16: 質問 3~15 で特に重要視している情報は何か。3つ挙げよ。

表 2 アセスメントシート使用后アンケート

質問 1: 前アンケートと同様
質問 2: 何に気を付けて情報収集しているか。アセスメントシート活用前との変化も含め記載
質問 3~16 は前アンケートと同様
質問 17: 今後も継続し、アセスメントシートを活用していきたいと思うか。その理由を記載

IV. 結果

前アンケートは配布した対象者 8 名全員から回答を得た。回収率は 100%であった。

後アンケートは配布した対象者 8 名のうち、7 名から回答を得た。回収率は 88%であった。

結果を示す(図 1)。

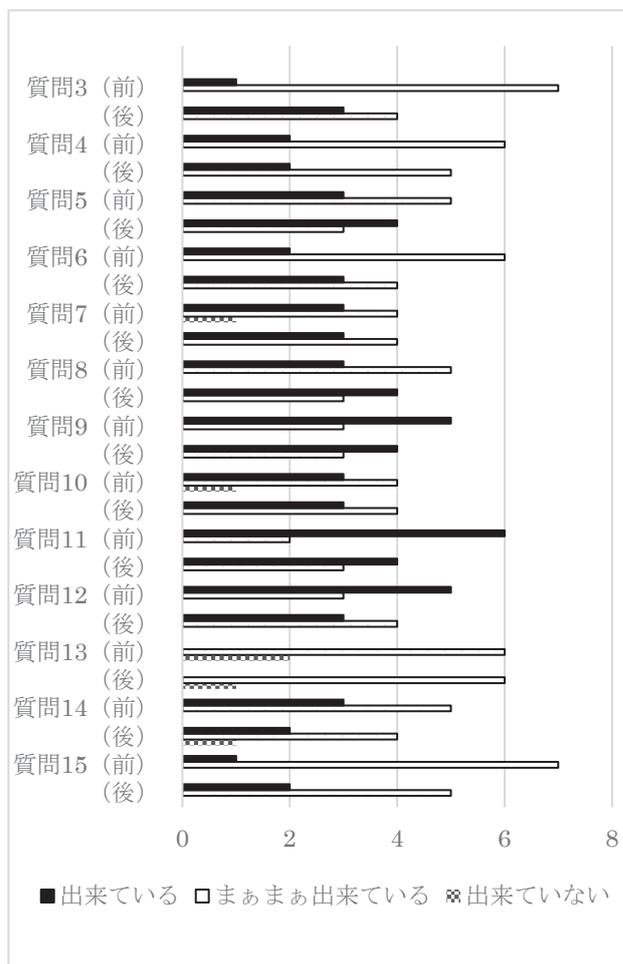


図 1 アンケート結果

1. 前アンケート

質問 1: 「ヘルスプロモーション 8 名」「退院支援記録 7 名」「記録、情報提供書各 3 名」であった。
 質問 2: 「以前の ADL と何が変わってどこを支援していく必要があるのか」「どの部分に調整が必要か」「入院以前と現状の ADL の違い」

「サービス内容」「介護申請が済んでいるのか」「退院調整がどこまで進んでいるのか、家族へは連絡しているのか」「介護体制の確認、患者・家族の思い」

質問 16: 「質問 3、8、9 が各 4 名」「質問 4、11 が各 3 名」「質問 13、14、15 が各 1 名」であった。

2. 後アンケート

質問1:「入院時患者情報、退院支援記録が各4名」「医師記録、前回看護要約、情報診療提供書が各2名」「リハビリ記録、患者から聴取が各1名」であった。

質問2:「入院前後の変化があるかどうかに気を付けている」「カルテの情報しかとれていなかったが、患者や家族、介護支援専門員など入院前の状況をより詳しく把握している身近な方からも不足している情報を収集するように心がけるようになった」「家族や患者の意向に沿って、退院支援できるように気を付けるようになった」「活用することでサービスや生活状況を把握できるようになった」「問題点が明確になった」「情報の整理ができた」「退院支援に必要な情報を的確に収集することができた」

質問16:「質問5、9が各5名」「質問3が4名」「質問8、14が各3名」「質問6が1名」であった。

質問17:「はい5名　いいえ1名（理由：自分で工夫しているから）無回答1名」であった。

V. 考察

これらのアンケート結果からアセスメントシートを使用する前よりも後の方が“出来ている”の割合が部分的な増加がみられた。質問3、8で“出来ている”が増加したのはカルテからの情報だけでなく、患者や家族とコミュニケーションを取ろうという意識が向上していることが分かる。また質問5、6、15ではアセスメントシートを活用したことで退院支援に必要な情報の視野が広がったと考える。三浦氏ら²⁾は「看護師は患者家族との生活に寄り添い、より近い存在でなくてはならない。なぜなら確実な在宅復帰を目指すためには家屋状況、経済状況、家族関係などを深く踏み込んだ患者情報が必要になる」と述べている。これらは三浦氏ら⁴⁾の述べる「深く

踏み込んだ患者情報」の収集につながると考えられる。前アンケートで質問7、13に“出来ない”があったのはA病棟には専従のリハビリ担当者や薬剤師がおり、家屋状況や服薬管理に関して看護師が主となって情報収集する機会が少ないためと考えられる。後アンケートで“出来ない”がやや減少したのはアセスメントシートの活用をきっかけに着目することができたのではないかと考える。質問11、12であまり変化が見られなかったのは森氏ら³⁾は「看護の対象者の清潔援助にあたってはその人の心身の健康状態、皮膚の状態等の身体条件及び対象者の清潔に対する考えや日常生活における清潔行動の自立度を把握し、個々によって異なる清潔感や清潔行動を尊重し、実施することが大切である」と述べていることから、看護師は日常的に患者の清潔援助を行うことで意識が日頃から向きやすいためと考えられる。これらからアセスメントシートを活用したことで若手看護師が患者の全体像を早期に把握することができたと考える。

VI. 結論

アセスメントシートを活用した事で若手看護師が患者の全体像を早期に把握し、退院支援アセスメント能力が向上した。その結果、円滑な退院支援に繋げることができた。

引用文献

- 1) 内閣府高齢化の現状と将来像(2019):2021年6月8日閲覧、www8.cao.go.jp
- 2) 三浦一恵、山田市子、高橋美智子:地域包括ケア病棟で求められる看護の役割 看護実践の科学、Vol142、No.10、18、2017-9.
- 3) 森千鶴、佐藤みつ子:在宅高齢者の清潔行動と関連する要因 国立看護大学校研究紀要、第4巻第1号、2005年.

新人看護師の成長過程の把握への取り組み

—独自の新人手技チェックリストを用いて—

キーワード：新人手技チェックリスト・成長過程の把握・教育

○渡邊将秀（社会医療法人新潟勤労者医療協会 下越病院）

I. はじめに

新人看護師はリアリティーショックや職場への適応困難等、様々な問題に直面し、それらの問題を克服するには、先輩看護師からの支援が必要不可欠である¹⁾。

一方、教育担当者の教育に対するとらえ方や必要と考える教育内容は施設によってさまざまであり、多くの教育担当者は指導方法等についての専門的知識と技術を習得する機会に恵まれないままで戸惑いや不安を抱えているのが現状である²⁾。

実際にA病棟でも毎年エルダーを引き継ぐスタッフによって指導方法が違い、エルダー以外の教育担当者が引き継いだ際に新人の成長過程が把握しにくく指導がしづらい現状があった。

2020年度は途中でエルダーが交代したため新人看護師の成長過程を把握しづらく、秋口から新人の成長過程を把握するためのノートを作成した。しかし、ほかの教育担当者が担当した際に、どこが出来ていてどこが出来ていないのかノートの情報量が多く、経過がたどり切れなかった。

指導に対して先輩看護師が精神的負担を担うことは明らかになっている³⁾。

そのため、エルダーをはじめ教育担当者が新人看護師の成長過程を把握しやすく、教育担当者の負担に配慮した新人手技チェックリストを作り、運用することで、教育担当者が新人看護師の成長過程を把握しやすくすることが可能なのか明確化したいと考えた。

II. 目的

新人手技チェックリストを作成し運用することで、教育担当者が新人看護師の成長過程を把握しやすくすることが可能なのか明確化することを目的と

した。

III. 用語の定義

エルダー：A病棟での入職1年目の看護師への指導方法や指導指針を決めていく看護師

教育担当者：A病棟での入職1年目看護師への日勤業務や看護技術を教える3年目以上の看護師

IV. 研究方法

1. 研究対象

2021年3月時点で在籍している3～7年目のエルダー経験者のA病棟所属スタッフ9名

2. 研究期間

令和3年4月～7月

チェックリスト運用期間は5月中旬から6月中旬の1か月間。

3. 研究方法

1) 新人手技チェックリストの実施手順

・新人手技チェックリストは、A病棟で1番多い手技を検討し、採血、静脈留置針（インサイト）、経管栄養、痰吸引、膀胱留置カテーテルの5項目を実施した。（資料1. インサイト挿入チェックリスト一部参照）

① チェックリストは新人の日報ファイルに挟み、新人が項目ごとにインデックスを付ける。

② チェックリストを記入するのは教育担当者が行う。

③ 実施した項目用紙に日付を記入し、手順に沿ってできていたか、できていないかを選んで教育担当者が○をつける。

2) アンケート収集方法

(1) 対象：2021年3月時点で在籍している3～7年

目のエルダー経験者のA病棟所属スタッフで、尚且研究参加に同意したスタッフを対象とした。

(2) 分析方法：アンケートを用いて下記の内容をデータ化する。

- ①チェックリストは見やすかったか
 - ②業務の過剰な負担にならなかったか
 - ③チェックリストが新人の成長過程を把握する上で役だったか
- ①～③をYES/NOで回答してもらい、自由記載欄の一部を文章化し抜粋する。

4. 倫理的配慮

A施設の倫理委員会等の倫理審査の承認を得て実施した。対象者に研究目的・方法、研究開始後いつでも辞退が可能であり、不利益は生じないこと、得られたデータは対象者が特定できないように処理し、研究目的以外には使用しないこと、研究終了後一定期間保管後にデータは破棄すること、研究結果の公表について説明し同意を得た。

V. 結果

アンケートは対象者であり研究に同意した9名に配布し9名より回収。対象者の結果を以下に示す。自由記載欄の内容は[]で示す。

- ①成長を把握できたかについては、YESが9人(100%)であった。

YESの理由として、[チェックリストは見やすいです。同じところに「できていない」とチェックがついているのが続いているとそこを重視して指導ができるので良い][どれくらい回数をこなしているかもわかった][どの手技が自立しているのか、それぞれの手技に関してどの部分が出来ていないのかをすぐに把握できてよかった]などの意見が見られた。

- ②チェックリストが業務の負担になったかについてはYESが3人(33%)でNOが6人(67%)であった。

YESの理由として[その日に処置が重なるとチェックするのは大変かなと思いました][いくつかチェックリストが複数あったので、いっぱいチェックする

ものがあるなと感じました]などの意見があった。

NOの理由として[そんなに時間がかからなかった][チェックリストの項目が採血や静脈留置針など、基礎的かつ最低限に絞られているので、負担が少ない][項目が少ないのでそれほど負担にならない]などの意見が見られた。

- ③チェックリストの内容は適当だったかについては、YESが8人(90%)、NOが1人(10%)であった。

YESの理由として、[自分たちの病棟では適切な内容だと思った][順序に沿って書いてあるので良いと思う][何が出来ていないかを明確にして評価することができた]などの意見が見られ、NOの理由として、[やや手順が細かすぎる感じもした]が見られた。

VI. 考察

アンケート結果も元に新人看護師の成長過程の把握、業務の負担、チェックリストの妥当性について、考察する。

成長過程の把握については、以前までは、口頭や書面での情報共有だったが、理解の誤差が生じ、過去の書面を振り返ることに時間がかかり結果的に指導者の負担につながると考えた。

アンケートの返答では、成長が把握できたと回答した割合が100%であった。その理由として、チェックリストは見やすく、手技を実施した回数や自立している手技が何か分かりやすかった。

箇条書きだと短く簡潔に要点が整理されているので、重要な部分だけを記憶することができる。要点を特定しやすいので、早く確認できるという利点がある。そのため評価方法、チェック項目を箇条書きにし、チェックリストを一覧表にすることで比較対照がしやすく、手順を項目にあげることで評価がしやすかったと考える。

チェックリストが業務の負担であったかについては、普段の業務に加え、新人指導は少なからず指導者の負担になる。新人が習得する技術が一日の中で重なるとチェックリストに記載する量が増加する。しかし、NOと答えた人が67%と半数以上いたことから、技術を5項目に絞り手順を細かく、また簡潔に

表現することで時間短縮となり業務の負担軽減につながったと考える。

チェックリストの妥当性については、A病棟に必要な手技が、順序だててリスト化されており、未到達の技術が明確化されていた。

チェックリストがあることで、手技の向上や業務の質の均一化をはかることができる。新人が同じレベルの手技をできるように、目標達成のための最適なプロセスをマニュアル化することが結果的に指導の効率化に繋がると考える。YESと回答した人が90%と大半を占めていたことから、チェックリストの内容は適当だったといえる。

厚生労働省のガイドラインでは「実地指導者は新人看護職員に対して、臨床実践に関する実地指導、評価等を行う者である。看護職員として必要な基本的知識、技術、態度を有し、教育的指導ができる者であることが望ましい」⁴⁾と述べていることから、新人看護師の技術指導を行うにあたって、評価を行う必要がある。チェックリストを用いることで、新人の技術の習得状況が分かりやすく指導者が評価を行いやすかったと考えられる。

また看護実践の到達目標として「到達目標の項目によっては、施設又は所属部署で経験する機会が少ないものもあるため、優先度の高いものから修得する。」⁴⁾とあり、A病棟で1番多い手技を検討し、採血、静脈留置針、経管栄養、痰吸引、膀胱留置カテーテルに絞ったチェックリストの5項目を選択したことは、適切であった。

このように先行研究やガイドラインを振り返ることで、私たちの研究は有用性があったと考える。

さらに、今回A病棟の手技の特徴を踏まえ作成したチェックリストを活用したことで、成長過程の把握ができたと考える。

VII. 結論

アンケート結果を鑑みるに新人手技チェックリストは教育担当者が指導をする上で、新人看護師の成長過程を把握することが可能となり、教育担当者の負担を配慮できたといえる。

VIII. 引用文献、参考文献

- 1) 濱田亜希、野本百合子：実践能力獲得に向けた新人看護師への支援に関する研究-先輩看護師の行動に焦点を当てて- 看護教育学研究、26 (2)、2017
- 2) 和住淑子、黒田久美子、佐藤まゆみ、他：新人看護師教育担当者育成モデルプログラムの開発と試行 千葉大学大学院看護学研究科 紀要 34、45-50、2012
- 3) 河村麻紀、中島千春、中川征子、他：PNS導入における新人看護師のスキル評価に関する課題 日本看護学会論文集 看護管理 46、3-6、201
- 4) 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】：厚生労働省 https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf (2022年7月20日閲覧)

資料1 インサイト挿入チェックリスト

インサイト挿入				
項目	日付			
1. 必要物品の準備ができる	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない
2. 輸液ボトルにルートをつなげて輸液を先まで満たすことができる	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない
3. 必要な声掛けができる	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない
4. 駆血帯を適切に巻くことができる	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない
5. 消毒する事が出来る	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない
6. 穿刺部位が決定できる	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない
7. 末梢から中枢に向かって皮膚を伸展させ穿刺が出来る	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない
8. 逆血を確認し、外筒を進めることができる	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない
9. 忘れずに駆血帯を外すことができる	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない
10. 外筒を押さえながら、誤穿刺ボタンを押し、内筒を抜くことができる	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない
11. ルートを接続することができる	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない
12. 輸液の滴下、皮膚異常の有無を確認できる	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない
13. ルートの固定ができる	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない
14. 患者の衣服を整え、協力していただいたお礼ができる	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない
15. 片づけができる	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない	出来る・出来ない

透析看護に対する不安軽減の試み

—学習会を実施して—

keyword : 透析看護 学習会 不安

○小林 ゆかり 石塚 夏海 (医療法人社団 葵会 新潟聖籠病院)

I. はじめに

A 病院は透析患者が多く、B 病棟は現在78%が透析患者である。B 病棟入院患者の平均年齢は79歳であり、寝たきりや要介護者が多く、腎疾患以外の疾患や認知症を合併している患者が多数を占める。

勤務している看護師の大半は既卒看護師であり、入職時の透析看護経験者が少ない。B 病棟看護師から透析看護に不安があるという声が度々聞かれていた。野口¹⁾らによると「中途採用の看護師は、経験者としての能力や即戦力として期待される一方で、慣れない環境の中で想像よりも職場に慣れるのに時間がかかる。」という体験が報告されている。さらに同研究で、「中途採用の看護師は、慣れない環境の中で分らないことをなかなか聞くことができず、職場に慣れることにも時間がかかると認識していた。」²⁾とある。B 病棟は中途採用の看護師が多いため、透析患者の看護に対して不安を抱きやすいと思われる。また、掛谷³⁾らは「透析室看護師に向けて行った透析看護の研修効果として、透析看護に対するやりがいと学習意欲の向上がみられた。」と述べている。

以上のことから、B 病棟でも透析室見学や透析に関する学習会を開催し、透析看護に対する不安の軽減を目指す。この取り組みから、透析看護に対する抵抗感や不安が減少し、質の高い看護の提供の促進につながると考える。

II. 研究目的

透析室の見学や学習会を開催することで、透析看護の知識不足による不安を軽減できるか明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

アンケート調査

2. 対象

B 病棟看護師17名

3. 調査期間

2021年4月～2022年2月

4. データの収集方法

1) ①山家⁴⁾らが挙げている透析看護の基礎知識とA 病院電子カルテの透析レポートについての不安を「全くない」「あまりない」「どちらともいえない」「少しある」「大いにある」の5段階で評価した。

②掛谷³⁾らのアンケートを参考に作成したアンケートを配付、専用の回収箱を作成し、回答したアンケートを提出してもらった。学習会前アンケートで透析看護に対する不安がないと回答した場合は学習会のみ参加とし、学習会後のアンケートは提出不要とした。

<病棟看護師へのアンケート内容>

- ①腎不全の病態、透析療法の原理
- ②透析療法の種類
- ③バスキュラーアクセス
- ④食事療法
- ⑤透析患者の定期検査
- ⑥透析患者がよく使う薬剤
- ⑦A 病院電子カルテの透析レポート
- ⑧透析前の観察項目
- ⑨透析後の観察項目
- ⑩透析患者に多い合併症

2) 透析看護の基礎知識について資料配付、透析室スタッフの協力を得て透析室見学を行った。また、透析室に勤務経験がある看護師から、アンケートの自由記載欄でその他不安なことや知りたいこととして記載があった「A 病院電子カルテの透析レポートの見方」「シャントエコーの見方」「シャント異常時の対応」についての学習会をB 病棟看護師全員に数人ずつ、または個人に分け、約30分を数回に分けて全員に参加してもらった。

3) 学習会後のアンケートを配付し、回収した。

5. 分析方法

回収したアンケートを単純集計し、自由記載内容は原文のまま使用した。

6. 倫理的配慮

研究対象者には、研究の趣旨、目的を文書で説明した。参加、不参加は自由意思であること、不参加であっても不利益はないこと、また、得られた結果については研究発表後に速やかに破棄することを説明した。アンケート用紙は無記名とし、年齢、看護師経験年数、透析看護経験の有無、有の場合は透析看護経験年数を記載、

透析看護に対する不安の有無について回答してもらった。アンケート用紙の提出をもって研究の同意が得られたとした。また、本研究はA病院研究倫理委員会の承認を得て実施した。

IV. 結果

対象者の概要は、表1に示す。

(表1 対象者概要)

看護師経験年数	人数
5年未満	1人
5～10年未満	8人
10～15年未満	2人
15～20年	2人
20～25年未満	3人
25年以上	1人

研究参加者は、病棟看護師20名のうち17名であり、男性2名、女性15名、そのうち透析室勤務経験有りが2名、未経験者が15名であった。学習会前に不安があると回答した看護師は16名だった。不安がないと回答したのは透析室勤務経験がある看護師1名だった。アンケート回収率は、学習会前アンケートでは85%、学習会後では94%だった。学習会前アンケートの有効回答率は100%、学習会後の有効回答率は93%だった。

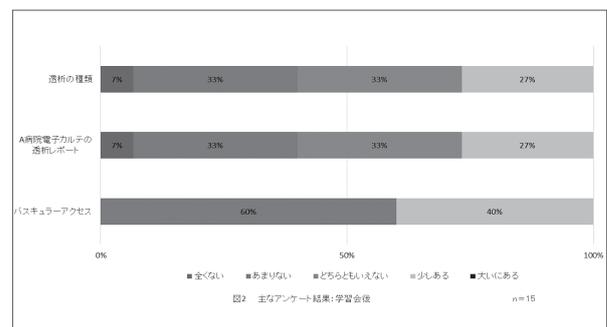
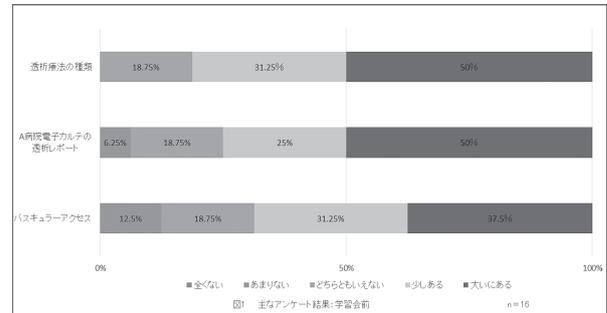
不安が「大いにある」と多く回答があったのは〈透析療法の種類〉〈A病院電子カルテの透析レポート〉〈バスキュラーアクセス〉の3項目であった。透析療法の種類、A病院電子カルテの透析レポートでは50%の看護師が、不安が「大いにある」と回答し、バスキュラーアクセスでは38%の看護師が、不安が「大いにある」と回答した。他の項目では20%以下だったため、この3項目を主な結果として表示する。

透析療法の種類では、学習会前では不安が「大いにある」が8名、「少しある」が5名、「どちらともいえない」が3名、「あまりない」「全くない」が0だったが、学習会後には「大いにある」が0、「少しある」が4名、「どちらともいえない」「あまりない」が5名、「全くない」が1名になった。(図1、2) A病院電子カルテの透析レポートでは、不安が「大いにある」が8名、「少しある」が4名、「どちらともいえない」が3名、「あまりない」が1名、「全くない」が0だったが、学習会後には「大いにある」が0、「少しある」が4名、「どちらともいえない」「あまりない」が5名、「全くない」が1名になった。(図1、2)

バスキュラーアクセスでは、学習会前では不安が「大いにある」が6名、「少しある」が5

名、「どちらともいえない」が3名、「あまりない」が2名、「全くない」が0だったが、学習会後には「大いにある」が0、「少しある」が6名、「どちらともいえない」0、「あまりない」が9名、「全くない」が0になった。

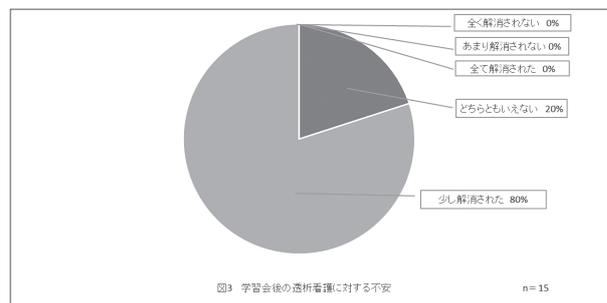
(図1、2)



学習会を受け、透析看護の知識不足による不安がどれだけ解消されたかという質問に対し、「不安が少し解消された」と回答した看護師が15名中12名、「どちらともいえない」が3名だった。

(図3)

また自由記載欄では、学習会を開催したことで「透析看護に興味があった」、「さらに学習を続けなければならないと思った」という意見が多かった。



V. 考察

A病院では透析に関する研修が年に数回開催されているが、アンケート結果から透析看護未経験の看護師は漠然とした不安を抱えながら日々透析患者の看護をしていたことが明らかとなった。A病院のように透析患者が多く入院する病院では病棟看護師も透析看護について継続して学習し、それを活かしながら透析室看護師とともに患者の継続看護を行っていく必要がある。

る。しかし、透析看護は専門性が高く、透析室に配属されなければ実際に治療の場を見ることは少なくイメージも抱きにくい。そのため自分がどこに疑問を感じ、どこに不安を抱いているのかという具体的なことがわからずに漠然とした不安を抱える人が多いのではないかと考えられる。

今回の学習会の効果として、学習会後に不安が「大いにある」と回答した人がいなくなり、不安が「少しある」「あまりない」と回答した人が増えたことで、学習会を開催したことで不安が軽減できたことがうかがえる。これはまずB病棟看護師がどんな不安を抱いているかを抽出し、それに対しての学習会を開催したためだと考えられる。漠然とテーマを決めて研修を行うだけでは理解が深まらず、不安を軽減させることは難しいと思われる。

西澤⁵⁾らの研究で「透析患者の入院が多い部署ほど、勉強会の理解度や満足度が高い傾向にあった。」と報告されている。透析患者に多く接する部署の看護師は日常の看護援助や患者との関わり、透析治療に関わる他職種との関わりの中で疑問を抱く機会が多い。よって、今回のような学習会が効果的だったのではないかと考えられる。

吉村⁶⁾によると、「不安は人間に限らず生物にとって重要な感情であるため、それらを0になるまで減らすことは適応的ではない。(中略) 実際的な不安への対処は、不安を無くす事ではなく不安と上手に付き合っていく事であると考えられる。」と述べている。アンケートの自由記載欄にもあったように、不安があることでさらに学習する意欲がわき、知識を深める努力をしようとするのが重要だと考えられる。不安と向き合い、上手につきあっていくことが必要である。

学習の70%は自分の仕事の直接的な経験から、20%は他者の観察やアドバイスから、10%は本を読んだり研修を受けたりすることから得られる人の成長を決める要素の比率の70/20/10の法則⁷⁾があるが、今回の透析室見学や学習会はこの法則の10%に当てはまる。学習会で知識不足は補えたが、実際に他者からのアドバイスを受けながら症例などを用いてアセスメントをし、看護をすることでこの比率の70%、20%の部分を補える知識を得ることができると考える。今後、今回の学習会で得た知識を用いて実際にアセスメントすることで更に学びを深め、成長できると考えられる。

また、福井⁸⁾は「自己の看護観を含め、自己の能力を開発させていくためには、目標を明確に設定することでその目標を意識して行動する

ことができる。」と述べている。

今回の研究で学習会を開催したことにより、スタッフが透析看護へ興味をもつことや継続学習の必要性に気づくきっかけとなったといえる。今後も病棟での定期的な学習会の開催をし、さらに不安を軽減していく取り組みが必要である。

VI. 結論

1. 透析看護に関する知識不足による不安は、学習会の開催で軽減した。
2. 学習会が、病棟看護師の透析看護への興味や継続学習へのきっかけとなった。

引用文献

- 1) 野口遼、米田照美、伊丹君和、他：中途採用の看護師が働く際の職場適応に関する文献検討、人間看護学研究、18、51、2020.
- 2) 前掲書 1) 51.
- 3) 掛谷和美、横島啓子、飛田美穂：病棟看護師と透析室看護師への透析看護に関する研修の効果—透析室と病棟での連携を目指して—、臨牀透析、32(5) 622、2016.
- 4) 山家敏彦、相澤裕編集：透析療法&看護のギモン88アンサーブック、メディカ出版4-7、2021.
- 5) 西澤千春、高井剛史、石原文緒、他：透析患者への継続看護の充実に向けた試み —他部署の看護師を対象にした勉強会を行って—、札幌社会保険総合病院医誌、18、46、2009.
- 6) 吉村晋平：心理学に基づく「不安」との付き合い方、追手門学院大学地域支援心理研究センター紀要、14、12、2018.
- 7) 中井俊樹編著：看護現場で使える教育学の理論と技法、メディカ出版、6、2018.
- 8) 福井早苗：卒後2年目看護師と教育担当者の継続教育についての認識、高知女子大学看護学会誌、38、136、2013.

認知症病棟における接遇マナーに対する看護職者の意識と行動

- アンケート調査を用いての効果 -

Keyword 認知症病棟 看護職者 接遇マナー アンケート調査

○塚田 昌寿 松井 恭乃 藤田 七海 山田 麻未(医療法人立川メディカルセンター柏崎厚生病院)

I. はじめに

現在、わが国は超高齢化が進んでおり、2020年65歳以上の認知症の人の数は約600万人であり¹⁾、精神疾患を有する入院患者数の疾患別内訳を見ても、2017年にはアルツハイマー型認知症が15年前と比べ約2.6倍に増加している²⁾。某精神科病院の認知症治療病棟(以下、A病棟)においても、認知症による中核症状や心理症状(以下、BPSD:behavioral psychological symptoms of dementia)の進行により、入院治療が必要と判断された患者が多く入院している。先行研究では、BPSDに対するカンフォータブル・ケアの効果が報告されている³⁾。

A病棟は「患者が安心して過ごせるよう、相手を尊重した言葉遣い、態度(以下、接遇マナー)で接する」を、病棟看護目標として取り組んできた。今井⁴⁾は「認知症の中核症状が招く行動、心理症状は認知症の人の環境(物的、人的)に大きく左右されるといっても過言ではなく、その環境を整えることは、認知症の人がその人らしい生活を送ることにつながる」と述べている。適切な接遇マナーで接し、人的な環境を整えることは重要である。しかし、過去に実施したアンケート調査では、A病棟看護職者の接遇マナーに対する意識が低いことが課題となっていた。そのため今回、接遇マナーに対する意識と行動の変化を図るため、アンケート調査を繰り返し実施し、結果を掲示したことによる効果を報告する。

II. 研究目的

本研究の目的は、アンケート調査を用いて、A病棟看護職者の接遇マナーに対する意識と行動の変化がみられるのかを明らかにすることである。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

看護実践研究

2. 研究対象

A病棟看護職者 25名(看護師16名、准看護師3名、看護補助者6名)

3. 調査期間

2021年7月～10月

4. 方法

1) 調査方法:無記名自記式質問紙法。自己評価、他者評価のアンケートを作成し1回/月、3か月続けて実施した。

2) 調査内容:①適切な言葉遣いに関する自己評価 ②適切な態度に関する自己評価 ③自己の適切な言葉遣い、態度ができていない場面、感情 ④適切な言葉遣いに関する他者評価 ⑤適切な態度に関する他者評価 ⑥他者の適切な言葉遣い、態度が出来ていない場面、感情の内容とし、設問①②④⑤は「できている」「時々できていない」「できていない」の3択式、設問③⑥は記述式とした。

3) アンケート回答結果の掲示、発表:アンケート集計後結果を掲示し、カンファレンス時に発表をした。

5. 分析方法

アンケート①②④⑤は単純集計した。記述式の③⑥は意味内容の類似性に基づき質的に分類した。

6. 倫理的配慮

研究の対象者に本研究の趣旨、研究への参加は自由意志であること、拒否した場合、不利益を被らないこと、研究で得たデータは研究目的以外で使用しないこと、結果は看護研究発表会で公表予定であること、個人が特定されないよう、プライバシーに配慮することを口頭と書面で説明し、アンケートの投函をもって協力の同意を得られたものとした。某精神科病院の看護部倫理委員会で承認を受け、実施した。

IV. 結果

アンケートの回収は、第1回21名(84%)、第2回19名(76%)、第3回15名(60%)であった。有効回答率は100%であった。

1. 適切な接遇マナーができているか(表1)

1) 自己評価:適切な言葉遣いが「できている」と回答した割合が回を追うごとに増加がみられた。また、「できていない」が第3回には0%となり、「時々できていない」も減少した。適切な態度についても「できている」と回答した割合は増加し、「時々できていない」は減少した。

2) 他者評価:適切な言葉遣いが「できている」と回

表1 適切な接遇マナーができていないか

アンケート内容		第1回 n=21	第2回 n=19	第3回 n=15	
① 自己評価	敬語を使用できているか。あだ名や「さん」付け以外で呼んでいないか。	できている	6 (28%)	6 (32%)	9 (60%)
		時々できていない	14 (66%)	13 (68%)	6 (40%)
② 他者評価	看護者の事情や感情で患者に接していないか。	できている	4 (20%)	5 (26%)	6 (40%)
		時々できていない	15 (71%)	14 (74%)	8 (54%)
③	設問①②で、それはどのような場面、感情であったか。	(表2)			
④ 自己評価	敬語を使用できているか。あだ名や「さん」付け以外で呼んでいないか。	できている	5 (24%)	4 (21%)	4 (27%)
		時々できていない	14 (66%)	14 (74%)	11 (73%)
⑤ 他者評価	看護者の事情や感情で患者に接していないか。	できている	2 (9%)	1 (5%)	0 (0%)
		時々できていない	4 (20%)	2 (11%)	4 (27%)
⑥	設問④⑤で、それはどのような場面感情であったか。	できている	16 (76%)	16 (84%)	10 (67%)
		時々できていない	1 (4%)	1 (5%)	1 (6%)
		(表2)			

答した割合が第1回24%、第2回21%、第3回27%であった。また、「できていない」が第3回には0%となり、「時々できていない」はやや増加がみられた。適切な態度が「できている」と回答した割合はやや増加し、「時々できていない」という回答はやや減少した。

2. 適切な接遇マナーができていない場面と感情(表2)

記述式の回答から、96のコードが得られ、5つのカテゴリー【患者-看護職者関係の逸脱】【看護職者の感情的な言動】【業務の煩雑さ】【患者の執拗な訴え・言動】【患者からの理解・協力が困難】に分類された。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリー

一を〔 〕で示す。

- 1) 【患者-看護職者関係の逸脱】：患者をあだ名等で呼ぶことや馴れ合いで接してしまうことで、〔患者を下の名前、愛称で呼ぶ〕〔馴れ合いの言動〕で構成されていた。
- 2) 【看護職者の感情的な言動】：感情的な言動で接してしまうことで、〔表情・態度が威圧的になる〕〔きつい口調になる〕〔イライラしてしまう〕〔日常生活援助の場面〕〔看護職者の業務優先の考え〕〔夜勤帯のマンパワー不足〕で構成されていた。
- 3) 【業務の煩雑さ】：業務の煩雑さから、不適切なマナーで接してしまうことで、〔業務全体の多忙さ〕〔看護職者のマンパワー不足〕〔強い口調になってしまう〕〔患者対応が十分にできない〕〔日常生活援助の場面〕〔夜勤帯のマンパワー不足〕で構成されていた。
- 4) 【患者の執拗な訴え・言動】：患者の訴え・言動に関することで、〔オムツ交換の要求〕〔頻回な訴えがあり対応困難〕〔同様の行動を繰り返し対応困難〕で構成されていた。
- 5) 【患者からの理解・協力が困難】：患者の理解・協力に関することで、〔患者との意思疎通の困難さ〕〔患者から協力が得られない〕で構成されていた。

表2 適切な接遇マナーができていない場面と感情

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード	評価(回)	コード数
患者-看護職者関係の逸脱	患者を下の名前、愛称で呼ぶ	下の名前で呼んでしまうことがある	自(第1,2回)	5
	馴れ合いの言動	下の名前や愛称で呼んでいる 馴れ馴れしく話してしまう 患者を子供のように接している	他(第1,2回) 自(第1回) 他(第1回)	4 1 1
看護職者の感情的な言動	表情・態度が威圧的になる	いらだちが顔に出て強い口調になる	自(第1回)	4
		威圧的な態度で接している	他(第2回)	2
	きつい口調になる	敬語であってもきつい言い方をしている	他(第2回)	1
	イライラしてしまう	奇声を出されるとイライラする	自(第1回)	1
		患者の訴えに声を荒げたり説教のようになっている	他(第1回)	1
	日常生活援助の場面	入浴日に感情的になる	自(第1回)	1
看護職者の業務優先の考え	入浴時、お茶、おむつ交換など思い通りにならないと感情的	他(第3回)	1	
夜勤帯のマンパワー不足	時間内に仕事を終わらせることを優先している時	他(第1回)	3	
業務の煩雑さ	業務全体の多忙さ	中勤、深夜のスタッフが少ない時感情的になる	自(第1回)	1
		業務が忙しい時	自(第1回)	5
	看護職者のマンパワー不足	業務が切羽詰まっている時	他(第1,2回)	4
		人手が足りない	自(第1回)	1
	強い口調になってしまう	人手不足がありゆとりがないとき	他(第2回)	1
		患者多数が不穏になっている時、言葉遣いがきつくなる	自(第2回)	1
	患者対応が十分にできない	多忙時に敬語であっても強い口調になっている	他(第2回)	1
		多忙時に患者対応を後回しにしている	自(第3回)	1
	日常生活援助の場面	多忙時に患者対応を後回しにしている	他(第3回)	1
		入浴日など忙しい時	自(第2,3回)	2
夜勤帯のマンパワー不足	業務が切羽詰まっている時	他(第1回)	2	
	中勤、深夜に意識せずとも焦ってしまい、表出化する	他(第2,3回)	2	
患者の執拗な訴え・言動	オムツ交換の要求	中勤、深夜で多忙な時に口調がきつくなる	自(第1回)	1
	頻回な訴えがあり対応困難	オムツ交換要求がしつこい時	自(第1回)	1
		患者から同様の訴えがある	他(第1回)	1
患者からの理解・協力が困難	同様の行動を繰り返し対応困難	訴えの多い患者に対しては対応しない時がある	自(第1,2,3回)	7
		患者が何度も同じ行動をしている時	他(第1回)	1
	患者との意思疎通の困難さ	患者が何度でも同じ行動をしている時	自(第1回)	1
患者からの協力が得られない	患者からの協力が得られない	患者につきまとわれている時	他(第2回)	1
		説明してもわかってもらえない時	自(第1回)	3
患者からの理解・協力が困難	患者からの協力が得られない	患者対応中に他患者が割って入ってくる	他(第2回)	1
		患者対応中に他患者が割って入ってくると中傷的な言葉がある	自(第1回)	1
		患者対応中に他患者が割って入ってくると中傷的な言葉がある	他(第1回)	1

※自：自己評価、他：他者評価

V. 考察

1. アンケート調査を用いての効果

今回の研究では接遇マナーに関するアンケートを3か月間継続的に行い、その結果を掲示、発表したことで最終的には知識と行動の変化につながったと考える。認知症介護のテキスト⁵⁾では「介護者は、自己覚知(自らの能力、性格、個性を知り、感情、態度を意識的にコントロールすること)によって、自分自身が周囲にどのような影響を与えるのかを自覚し、よりよい影響を与える自分に自己変容する努力が求められます」と述べている。今回のアンケートでの取り組みが、自己と他者を見つめ直すきっかけとなり、自己の接遇マナーを意識することに努める機会となったと考える。

2. 適切な接遇マナーができていない場面、感情の分析から得られた看護への示唆

【患者-看護職者関係の逸脱】の中の【患者を下の名前、愛称で呼ぶ】【馴れ合いの言動】に関しては、田中⁶⁾は、「認知症という疾患から、なじみの関係が重要になってくるため、一般医療の接遇とは違い、言葉遣いや呼び方に工夫が必要な場面も少なくない」と述べている。安心できる人的な環境づくりも必要ではあるが、看護職者が、専門職としての意識を強く持ち、患者を苗字で呼ぶ等の基本的な接遇マナーを遵守することは重要であると考えられる。

また適切な接遇マナーが「時々できていない」、「できていない」が第1回から第3回の②④⑤において半数以上を占めており、【業務の煩雑さ】【患者の執拗な訴え・言動】【患者からの理解・協力が困難】の結果から、認知症患者と日々関わる中で、いらいらやストレスが生まれ【看護職者の感情的な言動】へもつながっていると考える。BPSD緩和のため、認知症患者への正しい知識を持ち接することはもちろんのこと、田辺⁷⁾は「看護師にとっても怒りをはじめとするマネジメントは不可欠である」と述べており、看護職者自身が自己の感情コントロールを行うことは重要である。さらに上野⁸⁾は、「スタッフ間で気持ちを表出する場を作り、ストレスの解消、他スタッフからうまくケアを行えた方法などの情報提供の重要性」を述べている。事例検討を行うことで対応の困難さを看護職者間で共有でき、ストレス緩和やモチベーションの向上へとつながり、ケアに余裕が生まれると考える。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、結果として接遇マナーの意識と行動の変化につながったと考えるが、研究対象人数25名と少人数であることに加え、アンケート回収率の低下もみられ、アンケート結果の集計も単純集計の

みであり、正確な比較が行えなかったと考える。さらに、アンケートの内容に年齢、職種、経験年数の項目を設けなかったため看護職者の属性が及ぼす影響や関連性について考察を行えなかった。また、前述のように「時々できていない」「できていない」が半数以上を占めていることや、アンケート回収率の低下がみられたことから、適切な接遇マナーで接することによる認知症患者への効果を含めた知識や必要性の啓発が不足していたと感じる。アンケートと共に、研修会を開くといった働きかけを実施することでより意識向上と行動の変化に結びつけられたのではないかと考える。

VI. 結論

1. 自己と他者を評価できるアンケートを実施、掲示、発表したことで接遇マナーへの意識向上と行動の変化につながった。
2. 適切な接遇マナーができていない場面と感情の分析から、【患者-看護職者関係の逸脱】【看護職者の感情的な言動】【業務の煩雑さ】【患者の執拗な訴え・言動】【患者からの理解・協力が困難】が明らかとなった。

引用文献

- 1) 厚生労働省(2022)、地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会、2022、
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000940708.pdf>(2022年6月24日閲覧)
- 2) 前掲書1)
- 3) 赤坂可織、水戸部知子、石川みちよ:カンファラブル・ケアによる心地よい看護をめざして、日本精神科看護学術集会誌、64(1)、92-93、2021。
- 4) 今井幸充:認知症の看護ケア、一般社団法人日本精神科看護協会、48、2018。
- 5) 認知症介護研究・研修東京センター:図表で学ぶ認知症の基礎知識、中央法規出版株式会社、143、2008。
- 6) 田中久枝、馬場洋美、吉田道子、他:A病棟における接遇についての意識調査、日本精神科看護学術集会誌、56(1)、104-105、2013。
- 7) 田辺有理子(2021):看護師がアンガーマネジメントを学ぶ意義とは?、医学界新聞、第3426号、
https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2021/3426_03(2021年10月15日閲覧)
- 8) 上野和美:精神科病棟でBPSD対応に看護師が感じる困難、第45回日本看護学会論文集(精神看護)、103-106、2015。

次年度学会の
ご案内

I 原稿投稿規程

1. 投稿者、共同研究者の資格

- 1) 発表者は、新潟県看護協会の会員であること。
- 2) 共同研究者は、新潟県看護協会の会員であること。
- 3) 看護職以外で会員と共同研究を行った者は、共同研究者としての資格を有する。

2. 演題(原稿)受付

次の事項をすべて満たしているものを対象とする。

- 1) ○○年度 新潟県看護協会看護学会の演題を申し込んでいること。
- 2) 倫理的に配慮された研究内容であり、その旨が本文中に明記されていること。
- 3) 他の学会及び研究誌に(看護関係雑誌、商業雑誌、海外雑誌を含む)に投稿中または、すでに学会で発表したものを除く。

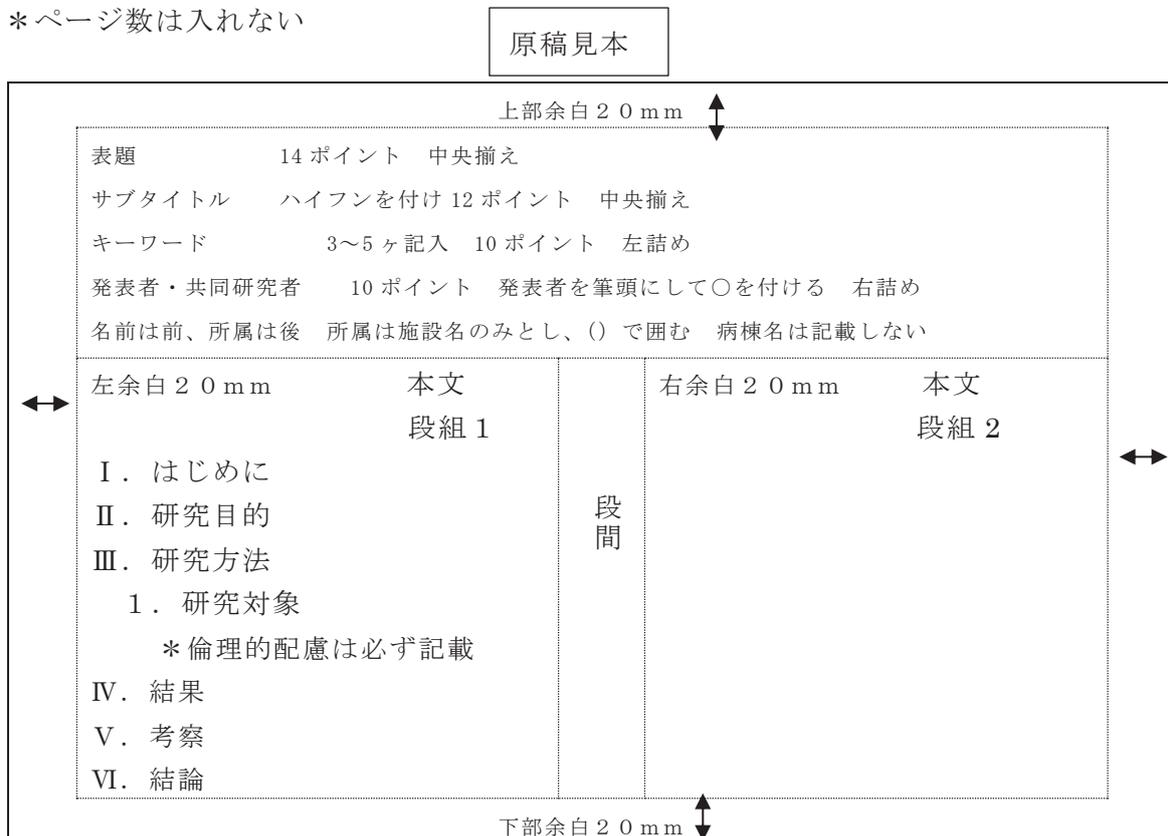
3. 原稿の採否

- 1) 本規程を遵守した論文を受け付ける。
- 2) 修正を求められた場合はコメントにそって修正を行い指定日時までに提出する。
- 3) 論文の採否は選考を経て学会委員会が決定する。

4. 原稿の書式設定

- 1) 様式を本会ホームページよりダウンロードし原稿を作成する。書式設定は変更しない。
- 2) 用紙は、白色A4判(縦)・横書き 余白は、上下左右とも20mm
 字体：表題は14ポイント、本文は10ポイント、MS明朝体で全角、英文及びアラビア数字は半角とする。年号は西暦とする。

* ページ数はいれない



5. 原稿執筆要領

1) タイトル・keyword

- (1) タイトルは簡潔明瞭に論文の内容を表すものとする。サブタイトルは、ハイフンをつける。
- (2) keywordは3つ以上、5つ以内とする。
- (3) 発表者は、最前列に記載、氏名の前に○をつける。

2) 本文

- (1) 文字数：本文・引用文献・図表を含めA4 3枚以内。文字数は5,000 字程度とする。
- (2) 原稿は、「はじめに」・「目的」・「方法」・「結果」・「考察」・「結論」「引用文献」の項目別にまとめ、各項目にはローマ数字で番号をつける。

3) 文献

(1) 本文中の文献表示方法

- ・文献を直接引用する場合は、引用部分をカギカッコでくくり、引用であることを必ず明示する。引用箇所の肩に1) 2) と番号をつけ表示する。

◇記載例

「・・・<引用>・・・」¹⁾

- ・本文中に著者名が明記されている場合は、名前のあとに1) 2) と番号をつけ表示する。

◇記載例

佐藤²⁾は「・・・<引用>・・・」と述べている。

(2) 文献リストの記載方法

- ・共著者が3名を超える場合は、3名を記載しそれ以上は他と記載する。
- ・引用文献は次のように記載する。

<雑誌掲載論文>

著者名：表題名、雑誌名、巻(号)、頁、発行年(西暦年次)

◇記載例

下平和代、別府圭子、杉下智子：ターミナル期の看護行動に影響を与える看護師の感情、日本看護科学学会誌、27(3)、57-65、2007.

<単行本>

著者名：書名(版)、発行所、頁、発行年(西暦年次)

著者名：表題名、編著者、書名(版)、発行所、頁、発行年(西暦年次)

◇記載例

河野龍太郎：医療におけるヒューマンエラー(第1版)、医学書院、45-46、2001.

◇同じ文献から複数引用する場合

記載例

5)前掲書 2)、112.

< 翻訳書 >

原著者名：書名(版)、発行年、訳者名、書名(版)、発行所、頁、発行年(西暦年次)

◇ 記載例

Green. R. W. & Kreuter. M. W. : Health program planning、2005、神馬征峰訳、実践ヘル
スプロモーション、医学書院、102-110、2005.

< 電子文献 >

著者名：表題名、雑誌名、巻(号)、頁、発行年(西暦年次)、アクセス年月日、URL.
発行機関名(調査/発行年次)、表題、アクセス年月日、URL.

◇ 記載例

新潟県福祉保健部 健康対策課(2018)：平成28年県民健康・栄養調査結果報告書、2020
年9月15日閲覧、<https://www.pref.niigata.lg.jp/uploaded/attachment/57683.pdf>.

4) 図表等

- (1) 図表は必要なものを厳選し、白黒で見やすい大きさにする。
- (2) 図表に使用するすべての文字サイズは記号等も含め6~8ポイントの範囲とする。
- (3) 複数の図表を掲載する場合は見やすくなるように、図表間の余白を空ける。
- (4) 図表にはそれぞれ通し番号とタイトルをつける。表番号と表タイトルは表の上、図番号と図タイトルは図の下に入れ、センタリング(中央)に表示する。

6. 著作権

文献から本文を引用する場合は、出典(文献)を明記する。図・表は転載承諾を得た上で出典(文献)を明記する。既存の尺度を使用する場合は、必要に応じて尺度の作成者から承諾を得たことを記載し、出典(文献)を明記する。尺度を改変して使用する場合は、作成者から承諾を得たことを明記する。

【集録作成上の留意点】

I 表題	①タイトルが論文内容を端的に反映している。 ②先行研究を調べている。						
II 研究目的	①研究目的、文献検討、動機について記述されている。 ②この研究により、何を明確にするか記述されている。						
III 研究方法	①対象およびデータの収集方法、分析方法に関して記述されている。 ②質問紙を使用している場合は、その内容について記述がある。 ③既存の尺度を使用している場合は、出典を明示している。 ④質的分析の場合は、信頼性を確保する方法について述べている。 ⑤倫理的配慮が記載されている						
倫理的配慮の内容について ※倫理的配慮は方法に記載 ①②③⑤に関しては、論文に必ず記載。 ④に関しては、論文全体について、倫理的配慮が十分か確認。	①研究対象者からの研究承諾について明記されている。 研究対象者に研究目的・研究方法および研究結果の公表等について説明し、対象者の自由意志で承諾が決められるように配慮し、承諾を得られた旨を明記する。 ②研究対象者に不利益や負担が生じないよう配慮されている。 研究への参加・不参加によって、対象者の不利益や負担が生じないよう配慮した旨を記載する。 ③研究対象者の個人情報保護されている。 a. 論文要旨の記述内容で研究対象者が特定できないようにする。 b. 固有名詞（当院・当病棟も含む）や写真等を掲載する場合は、研究結果を示すのにどうしても必要なもののみとし、研究対象者が特定できないように十分配慮する。掲載の承諾を得られた旨を明記する。 c. イニシャルや入院期間などの記載は、対象者が特定されプライバシーを侵害する恐れがある。 <table border="1" data-bbox="507 974 1257 1108"> <tr> <td>×不適切な例</td> <td>○適切な例</td> </tr> <tr> <td>S.N氏、59歳</td> <td>X氏、50歳代</td> </tr> <tr> <td>入院期間： 2022年4月15日～6月1日</td> <td>入院期間： 20XX年4月～6月</td> </tr> </table> ④個人情報を適切に取り扱っている。 個人情報の取扱いは、「個人情報保護法」、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（個人情報保護委員会・厚生労働省、2017年、2020年一部改正）「看護職の倫理綱領」（日本看護協会、2021年）「看護研究における倫理指針」（日本看護協会2004年）「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（文部省・厚生労働省、2017年一部改正）および所属施設の規定に従う。 ⑤著作権への配慮がなされている。 a. 文献から本文を引用する場合は、出典を明記する。 b. 図・表を本文に引用する場合は、著作権に配慮し、出典を明記する。 c. 既存の尺度を使用する場合、著作者から許諾を得ている旨を記載する。	×不適切な例	○適切な例	S.N氏、59歳	X氏、50歳代	入院期間： 2022年4月15日～6月1日	入院期間： 20XX年4月～6月
×不適切な例	○適切な例						
S.N氏、59歳	X氏、50歳代						
入院期間： 2022年4月15日～6月1日	入院期間： 20XX年4月～6月						
IV 結果	①方法に対する結果が、十分記述されている。 ②目的に沿った結果が記述されている。						
V 考察	①得られた結果に基づく考察をしている。 ②目的に沿った分析結果が記述されている。 ③先行研究との比較がなされ、適切に文献が引用されている。						
VI 結論	方法、結果、考察から導き出された結論になっている。						
全体を通して	①論旨が一貫している。 ②誤字・脱字がない。 ③適切な表現で記載されている。						
キーワード	キーワードがタイトルの下に記載されている						

演題登録から学会までの流れ

本学会は、新潟県内の看護の質向上および看護職の研究への意欲向上を目的に開催します。
演題の採択がされた後、学会集録用の論文を作成、提出していただきます。

皆様からの演題登録をお待ちしています。

原稿は、学会集録に掲載されるとともに電子化され新潟県看護協会ホームページに掲載されます。

1. 演題応募者の資格

(集録投稿規程参照)

2. 演題の内容 (集録投稿規程参照)

本学会では、急性期看護、慢性期看護、在宅看護、精神看護、ヘルスプロモーション、看護管理、看護教育など幅広い領域における研究報告を募集します。

1) 「研究報告」とは、明確な課題を持って研究計画を立て、研究計画に沿ってデータを集め分析したもの。ケースレポートやマニュアル作成などの実践報告は含みません。

2) 受付できないもの

(集録投稿規程参照)

3. 演題の登録手続き

新潟県看護協会ホームページの「看護職の方」→「教育研修」→「看護学会」から「演題申込書」「抄録原稿テンプレート」「演題登録チェックリスト」をダウンロードし作成する。

演題募集期間： }
送付先： } 募集前にホームページに掲載します。

メール件名・添付するファイル名、いずれにも「施設名・発表者氏名」を明記。

1) 電子メールで受け付けます。

アドレスによっては、迷惑メールと認識される可能性がありますので

施設のメールアドレス (病棟、看護部等) から送信してください。

2) 看護部などから送信する場合にも演題発表者の施設と氏名を明記してください。

3) 本学会に関する手続きで送信する メールアドレスは変更しない ください。

やむを得ず変更が必要な場合は、必ずその旨を申し出てください。

4) テーマの変更や氏名の変更がある場合はメールでお知らせください。

4. 集録の修正について

修正を求められた場合は、指定期日までに再提出してください。

5. 演題の採否の通知

看護協発表者にメールにてお知らせします。

6. 発表形式

発表形式は、口演または示説（ポスターセッション）のいずれかを選択できます。
ただし、演題内容、Web、オンデマンドを取り入れた場合は、希望以外の発表形式になる場合があります。

- 1) 口演発表は1演題10分、（発表時間7分、質疑応答3分）で、PCでの発表です。
- 2) 示説発表はポスター展示スペース「縦210cm×横120cm」での口頭発表（発表時間5分、質疑応答2分）です。

詳細は、発表者にメールで通知します。

7. 当日のスケジュール

学会開始前の4週間前に発表者に通知します。

8. パワーポイント・ポスターの提出

発表者には、メールで詳細の通知文書を送付します。

～申し込みから学会までの流れ～

演題申込み【4月1日（土）～5月30日（火）迄】
電子メールで①演題申込書②原稿③演題チェック
リストの3点を添付し申し込んでください。



メールにて申し込み受理通知をお送りいたします。
申込内容は**査読**を行います。



集録の修正



結果を連絡（7月下旬予定）



原稿の最終提出【8月下旬予定】



集録発送 【10月下旬～11月上旬予定】



学会【11月30日（木）】（予定）

学会参加
申し込み
8/1（火）
～
9/25（月）

2023年度 新潟県看護協会看護学会 参加申込みについて

- 1 開催日 2023年11月30日(木) 予定
- 2 参加費 会員 5,000円(発表集録代含む)
非会員 10,000円(発表集録代含む)
学校団体申込 看護学校1校につき5,000円(発表集録1冊含む)
※別途、学生一人につき2,000円(発表集録代含む)を申し込んでください。
集録集のみ 1,500円
- 3 申込方法 新潟県看護協会ホームページ「教育研修申込システム」により Web で申込み。
- 4 申込期間 2023年8月1日(火)～9月25日(月)
- 5 参加費の納入 参加費は協会より発行する「払込取扱票」で事前納入してください。
10月中旬に発送致します。

※振込み手数料は、以下とさせていただきますのでご了承ください。
・コンビニで支払の場合 → 協会負担
・銀行で払込の場合 → 自己負担
※「払込取扱票」の控えを領収書とさせていただきます。紛失にご注意ください。
※「払込取扱票」発行後の変更や返金は致しませんので、ご了承ください。
- 6 参加取消 申込みの取消は申込み期間の月末(土日を含まない)まで受け付けます。
期日以降は「払込取扱票」を発行致しますので、参加費をお支払ください。
- 7 申込時の注意
 - 1) 参加申込は施設で取り纏めてお申込みください。
他の研修同様、施設宛に「払込取扱票」を発行いたします。
 - 2) 発表者及び共同研究者の方も参加申込みが必要です。
所定の申込み方法でお申込みください。
 - 3) 当日の申し込みは受け付けませんので、必ず事前にお申し込みください。
- 8 発表集録の発送 参加券および集録の発送は11月初旬の予定です。
所属施設等、申し込みされた所に発送します。
- 9 その他
日時、開催内容につきましては、変更する可能性があります。
2023年2月中旬頃から新潟県看護協会のホームページに掲載します。
その後随時ホームページを更新していきますので、最新の情報をご確認ください。

2022 年度新潟県看護協会看護学会委員会

学会委員

委員長 古澤 弘美 (長岡崇徳大学)
委員 青海 直子 (新潟県立がんセンター新潟病院)
井上 智代 (新潟大学医学部保健学科)
小越 佐知子 (長岡赤十字看護専門学校)
駒形 容子 (長岡赤十字病院)
眞田 希巳枝 (みどり病院)
村山 麗子 (新潟県立新発田病院附属看護専門学校)

(五十音順)

担当者 岡田 裕子 (新潟県看護協会 教育研修課長)
青木 洋子 (新潟県看護協会 常務理事)

新潟県看護協会 看護学会 集録

2022 年 11 月 1 日発行

編集・発行 公益社団法人新潟県看護協会
学会委員会

〒951-8133 新潟市中央区川岸町 2 丁目 11 番地



KONICA MINOLTA

新しい価値の創造

The essentials of imaging

コニカミノルタNC株式会社

- ◆情報機器事業部
- ◆グラフィック事業部
- ◆フォト事業部
- ◆レンタル事業部
- ◆メディカル事業部
- ◆メディアサポート部

〒950-0141

新潟市江南区亀田工業団地1-2-13

TEL025-383-3000(代)

FAX025-383-3001

URL <http://www.konicaminoltanc.jp>



ともに育んでいく。

ともに繋いでいく。

CROSSWILL
MEDICAL

クロスウィルメディカル株式会社

本社：〒950-8701 新潟市東区紫竹卸新町 1808 番地 22

事業所：秋田・大館・横手・山形・酒田・鶴岡・高崎・さいたま
熊谷・佐倉・虎ノ門・新潟・長岡・上越・佐渡

すべては、安全・安心の医療のために・・・

- 医療関連機器（喀痰吸引器機等の販売）
 - 防災関連商材（BCP対策等）及び事務所、住環境商材（冷暖房設備等）販売
 - 各種ガス供給（医療、産業、LPG）※新潟県内の在宅酸素供給は除く。
 - 各種ガス設備工事 設計・施工
 - 各種ガスの保安活動
- ※高度管理医療機器等販売・貸与業／医療機器修理業許可取得

 **岡谷酸素株式会社** <http://www.okayasanso.co.jp>

本社/〒394-8585 長野県岡谷市幸町6-6 TEL: 0266-22-5531
新潟/〒954-0076 新潟市西区亀貝3382 TEL: 025-260-2898
見附/〒381-8560 見附市新幸町71-1 TEL: 0258-61-2023
上越/〒399-0004 上越市福橋前田744-2 TEL: 025-543-9944
その他営業所（長野県、群馬県、栃木県、山梨県内）

一般社団法人日本医書出版協会認定 医学書専門店

医学・看護・リハビリ・栄養・福祉等、
医学関連領域の専門書のことなら

考古堂書店

<http://www.kokodo.co.jp>

見計らいのご希望も承ります。
詳細はお問い合わせください。

〒951-8063 新潟市中央区古町通4番町563番地 TEL:025-229-4050 FAX:025-224-8654

新型コロナウイルス感染症の最前線で
医療に従事してくださるみなさまに、
心からの感謝を申し上げます。
この事態が一刻も早く終息し、
平穏な日々が訪れることを願っています。



「デジタル」と「クリエイティブ」で社会に貢献します／

株式会社ドットコム・マーケティング <https://www.com-m.com/>

東洋羽毛

睡眠セミナー無料サービスのご案内

よく眠った人には、かなわない。 今よりもぐっすり、
幸せな毎日のためのヒントがきっと得られるはずです

睡眠セミナー講師を無料で派遣いたします

東洋羽毛では、「睡眠健康指導士」の資格を有した社員が講師を務める充実したセミナーをご用意しています。正しい情報を得て睡眠習慣を見直し、イキイキと健康的な毎日を歩むお手伝いをさせていただければ幸いです。

*オンラインセミナーの開催も承ります。

《お役に立てる主な研修》

- **医療安全対策研修** 睡眠不足とヒューマンエラーの関係や、交代制勤務における睡眠のコツなど
- **メンタルヘルス研修** 労働者におけるストレスと睡眠の関係
- **学校保健委員会** 「学力」や「部活動」、「スマホ・ゲーム」と睡眠の関係
- **高齢者の睡眠ケア** 高齢者の睡眠マネジメントやこれだけは知ってほしい生活習慣

*他、施設内研修などご相談承ります（事前にお打ち合わせにお伺いする事も可能です）

睡眠セミナー講師は新型コロナウイルスの感染予防対策（検温・うがい・手指のアルコール消毒・マスク等の着用・受講者とのソーシャルディスタンスの確保等）を行いながらセミナーを実施しています。

◆セミナーに関しましては、
二次元バーコードより
お問い合わせください。
担当よりご連絡させていただきます。
<https://www.toyoumo.co.jp/seminar>



東洋羽毛北信越販売株式会社 新潟営業所

〒950-0943 新潟県新潟市中央区女池神明3-13-2



0120-300-060

新潟のシンボル「萬代橋」、近代的な「柳都大橋」
 そして悠々と流れる信濃川
 新潟でしか味わえないオリジナリティあふれる
 美味しい料理と最高のおもてなしでお過ごしてください

Water Front & Nice View
 Niigata
 Grand Hotel



学会・各会合・ケータリング・ご宿泊の
 お問い合わせは

是非、新潟グランドホテルまで

●ご予約・お問い合わせは、TEL025-228-6111 (大代表)

GRAND STANDARD

New safety & New comfort

グラン・スタンダード
 すべてのお客様に安全と快適を

新潟グランドホテルは、感染防止に対するさまざまな取り組みを「グラン・スタンダード」(新潟グランドホテルの新たな基準)として定め、安全・安心、そしてより快適なホテルライフをお約束します。

Water Front & Nice View
 NIIGATA GRAND HOTEL

看護協会会員の皆様へお得なご案内

お会計の際、会員カードをご提示いただくと... **5%OFF!!**

各レストラン、ランチ・ディナータイムでご利用いただけます。

【対象店舗】新潟グランドホテル館内レストラン『ベルビュー』、『慶楽』、『静香庵』、

メディアシップ 19 階『フレンチ鉄板静香庵』、旧新潟県副知事公舎『フレンチ鉄板静香庵 別邸 涵養荘』

フランス料理レストラン



TEL:025-228-6170

Nile's



中国料理レストラン



TEL:025-228-6172

慶 楽



日本料理レストラン



TEL:025-228-6171

静香庵



鉄板焼きレストラン



TEL:025-245-1129

FRENCH TEPPAN
 静香庵 SEIKOAN



鉄板焼きレストラン



TEL:025-211-7703

鉄板焼
 涵養荘 KANYOJO



● JR新潟駅から車で5分 ● 関越・北陸自動車道新潟西ICから20分 ● 新潟空港から車で20分

〒951-8052 新潟市中央区下大川前通3ノ町2230番地 TEL 025-228-6111 (大代表) FAX 025-228-0735

我々の使命は、お客様に感動と喜びをお届けすること。

SHINSEN HOLDINGS

医療従事者の皆さん
ありがとうございます！



業務内容

各種イベント企画、運営 / PCO業務(事務局代行) / 展示設計、デザイン、施工
制作、施工管理業務全般 / ディスプレイ、装飾 / 各種サイン設計、施工
広告代理 jeki 認定フェアール東日本企画指定代理店



本社

〒950-0983 新潟市中央区神道寺2-3-23
TEL 025-243-6827(代) FAX 025-241-0768

朱鷺メッセ営業所

〒950-0078 新潟市中央区万代島5-1 万代島ビル16F
TEL 025-243-7040(代) FAX 025-243-7041

<http://shinsen.biz/>