

沖縄県立看護大学

紀 要

第 25 号

研究報告

- 看護師による統合失調症初発患者を抱える家族への支援
澤岨治美、大川嶺子、佐久川政吉…………… 1
- 精神障害者の地域生活支援向上のための訪問介護員と訪問看護師とのカンファレンスを活かした連携
内山あけみ、大川嶺子、佐久川政吉…………… 15
- 発達障害のあるこどもに対する臨床看護師の対応困難経験の現状と課題
鈴木ミナ子…………… 27

その他

(文献検討)

- 集中治療を受ける当事者の体験に見出されるストレングス
兼島利奈、田場由紀…………… 37
- わが国の高齢者ケアにおけるストレングスモデルの活用—国内文献の検討—
田場由紀、兼島利奈、東嵩西寿枝…………… 45

(資料)

- グローバル社会における人材育成と教育的視座：台北医学大学での短期研修を通して得た学び
大城真理子、山口賢一…………… 55
- ハイブリッド型のクリティカルケア看護実習で学生が抱くアセスメントに対する困難感と
協同作業の認識—学生インタビューより—
具志堅翔子、謝花小百合、大城真理子、源河朝治…………… 63

- 沖縄県立看護大学紀要投稿規程 …………… 73
- 編集後記

2024年3月

[研究報告]

看護師による統合失調症初発患者を抱える家族への支援

澤峴治美¹⁾, 大川嶺子²⁾, 佐久川政吉²⁾

抄録

目的: 精神疾患患者を抱える家族の地域生活を支援する体制の構築に資するために、先行研究から統合失調症初発患者の家族の支援ニーズを整理し、その成果を手がかりに家族支援を試み、孤立しがちな家族への支援方法を提案することである。

方法: 本研究は介入研究で、第1段階は、初発患者家族の支援ニーズの手がかりを得るために文献レビューを行った。第2段階は、選定基準を満たした研究協力者5家族に対し、第1段階の支援ニーズの手がかりを参考に支援者として介入を実施し、その内容から支援方法の検討を行った。

結果: 1. 文献検討から得られた家族の支援ニーズは、【疾患へのショックと偏見による孤立】、【患者の病状に加え家庭生活の不調和による課題の複雑化と憔悴感】、【救いを求める一方で精神科医療への抵抗感と看護への期待の低さ】であった。

2. 家族支援の内容として、〈家族支援の必要性に気づき、ケアの受け手である自覚を促す〉など、《ケアの希求への促し》があった。〈ニーズを推測して主導権を発揮することで支援ニーズの認識を促す〉など、《当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め》があった。〈家族の子の病に向き合う態度の深化を受け止める〉など、《心情の言語化と看護師との相互作用で醸成する病への態度》があった。

結論: 統合失調症初発患者の家族支援において看護師は《ケアの希求への促し》により支援へのつながりを持ち、《当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め》から共感を示すことで、《心情の言語化と看護師との相互作用で醸成する病への態度》を引き出していた。

キーワード: 統合失調症、初発、家族支援、看護師

Key words: schizophrenia, new-onset, support for family, nurse

I. はじめに

精神科医療においては、入院患者の54%、外来患者の16%を統合失調症が占め(厚労省, 2017) その発症は100人に1人弱とされる慢性疾患である(福田, 2013)。また、統合失調症の発症は、10代後半から30代前半が多く、再発を繰り返すことによって対人関係や身の回りの管理などの日常的な役割の遂行に支障をきたし(岡田ら, 2020)、社会生活が長期にわたって障害されやすい。

統合失調症は幻覚や妄想、異常な思考や行動が見られるため、特に初回発症の患者(以下、「初発患者」)の場合は、患者本人だけでなく家族も初めて経験する症状への対応に強い困難を感じると報告されている(岩崎, 1998)。同時に、社会の偏見も根強い(古谷ら, 1999)ことから、他の慢性疾患とは異なり、初発患者とその家

族(以下、「家族」)は、社会から孤立しやすいこと(松田ら, 2020; 中坪, 2008)、家族機能が危機状態に陥る(宮崎ら, 2016)などの報告がある。

現在、保健医療福祉で行われている家族支援の仕組みには、レスパイト入院・入所があるが、患者の世話をしながらの地域生活を支える支援とはなっていない。また、家族同士の相互支援である地域家族会があり、その効果として孤立から抜け出し、患者の障害を受容すること(林ら, 2020)が明らかになっているが、地域家族会につながるまでに平均3年を要するという報告(横山, 2013)から、初発患者を抱える家族にはその支援が届きづらく、孤立が懸念されている(全国精神保健福祉連絡会, 2010)。

精神科疾患患者を抱える家族は、長い間介護者としてとらえられてきたが(佐々木ら, 2003)、現在は、支援される対象として、あるいは支援者とともに患者を支えるパートナーとして、多面的に捉えられるようになっていく(横山, 2018)。その中で、家族支援の必要性が報

1) 沖縄中央病院

2) 沖縄県立看護大学

告されているものの（林ら，2020；田野中，2017）、家族の孤立を解消するための具体的な支援方法は確立していない課題がある（吉井ら，2013）。

以上のことから、家族が患者の発症に伴った衝撃や混乱の中で病気に対応しようとしている時期に確実に家族に関われるのが、患者が治療を受ける精神科病院の医療職であり、特に看護師は、患者の入院時から濃厚に関わる専門職である。つまり、看護師は初発患者の家族が最初にアクセスできる医療職であることから、家族支援は、受診時に会える看護師が担うことで、孤立しがちな家族への支援体制を構築する必要があると考える。

したがって、本研究では、精神疾患患者を抱える家族の地域生活を支援する体制の構築に資するために、先行研究から初発患者の家族の支援ニーズを整理し、その成果を手がかりに家族支援を試み、孤立しがちな家族への支援方法を提案することとした。

[用語の操作的定義]

- 1) 初発患者：統合失調症は再発・再燃の多い疾患であり、家族はそのたびに患者の病状への対応を迫られる。本研究では、その中でも特に本人だけでなく家族の戸惑い、混乱が強く、支援が必要とされる発症初期に焦点をあてることから、初めて統合失調症の診断を受けた患者を初発患者とし、再発患者、再燃患者と区別する。
- 2) 家族支援：統合失調症初発患者の家族を対象として、研究者が家族の困っていることを解決するために行う、対面および電話による家族の面談、受診時の対応、患者の治療・リハビリの専門職（医師、看護師、精

神保健福祉士、心理士など）との連絡調整などとする。

II. 研究方法

研究デザインは、研究者自身が支援者となる介入研究である。研究は、初発患者の家族の支援ニーズの手がかりを得るために文献レビューの第1段階と、選定基準を満たした研究協力者5家族に対し、第1段階の支援ニーズの手がかりを参考に支援を行い、その内容から支援方法の検討を行う第2段階で構成した。家族支援の介入期間は、2022年7月～10月であった。

研究協力候補者の選定基準は、1) 大学院生である研究者の所属するA病院において初発患者の家族であること。2) 研究者の研究協力依頼の説明が充分理解できること。3) 研究者の支援を受けることおよび、研究の趣旨に同意していることであった。

1. 第1段階：統合失調症初発患者の家族の支援ニーズに関する文献検討

医中誌で、「統合失調症」「初発」「家族」のキーワードで検索し、研究論文の体裁となっている文献31件を得た。31件を熟読し、初発患者の家族の支援ニーズに関連する記述のある文献を6件選定、ハンドサーチによる文献3件を加えて、計9件の文献を選定した（表1）。選定した文献を熟読し、家族の支援ニーズに関する記載を抽出し、一覧表を作成した。その内容について、類似しているものをあつめ、サブカテゴリー化し、さらにカテゴリーを作成した。カテゴリーについて、家族の支援ニーズとは何かの観点で中核を命名した。

表1. 家族の支援ニーズ検討に使用した文献

番号	文献名
1	宮崎徳子, 萩典子, 大西信行, 児屋野仁美. (2016). 統合失調症患者の家族の病気受容に関する SCAT (Step for Coding and Theorization) による分析. 四日市看護医療大学紀要, 9(1), 13-21.
2	蔭山正子. (2012). 家族が精神障害者をケアする経験の過程—国内外の文献レビューに基づく共通段階—. 日本看護科学会誌, 32(4), 63-70.
3	田野中恭子. (2017). 統合失調症療養者の子をもつ親の体験—親自身が必要とする支援に関する一考察. 西村ユミ, 榎原哲也 (編著). ケアの実践とは何か：現象学からの質的研究アプローチ, 114～138. ナカニシヤ出版.
4	加藤知可子. (2009). 初発統合失調症患者の家族が必要とする看護師からの情報提供に関する検討. —急性期治療病棟に入院している初発患者の家族へのインタビューを用いて—. 日本看護学会論文集：精神看護, 40, 152-154.
5	吉井初美, 香月富士日. (2008). 初発統合失調症の子を持つ母の心理. 日本精神保健看護学会誌, 17(1), 113 - 119.
6	菊池美智子, 山田浩雅, 佐竹裕美, 林公子, 桑原美千子, 伊藤百合子, 長屋博喜, 永井優子, 鈴木啓子. (2004). 精神科初回入院患者の親の体験と看護援助. 愛知県立看護大学紀要, 10, 33 - 40.
7	菊池由莉, 岡本裕子. (2009). 統合失調症患者の親におけるケア役割受容過程の検討. 広島大学心理学研究, 9, 217 - 229.
8	Ngqoboka M, Gmeiner A, Poggenpoel M. (1999). The family's experience of having a mentally ill family member. Health SA Gesondheid, 4(3), 42-51.
9	Tuck I, du Mont P, Evans G, et al. (1997). The experience of caring for an adult child with schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing, 11(3), 118-125.

2. 第2段階：統合失調症初発患者の家族の支援ニーズ を手がかりにした家族支援の実践と支援方法の検討

1) 支援の展開とデータ収集

同意の得られた家族に対し、プライバシーが確保できる外来面談室または自宅訪問による面談、外来受診時の直接対応、および電話での対応を行った。初回は、患者ならびに家族の基本情報を聴取した。支援内容は許可を得てメモをとり、逐語録を作成、さらに自分の情動を含めた支援記録を作成した。院内専門職など関係者との連携調整は、実施直後に双方の発言内容を想起して、連携記録を作成した。支援記録および連携記録は、支援ごとに研究指導教員と支援内容を検討し、支援の評価と次回の支援方針を討議した。

2) データ分析

支援記録および連携記録から、家族支援として象徴的な場面を抽出し、研究者が実施した家族支援の内容を要約し、家族の支援ニーズに対する支援内容は何かの視点でキーセンテンスを作成し、類似したものをあつめてサブカテゴリー、およびカテゴリーを作成した。さらに、第1段階で得られた家族の支援ニーズと、第2段階の家族支援の内容から、初発患者の家族に対する支援方法について、研究指導教員と討議、考察した。

3. 倫理的配慮

研究協力候補者の把握は病棟師長、外来師長および主治医を通じて行った。研究協力依頼は研究者が直接、文書及び口頭で研究の趣旨を説明して同意を得、主治医や管理者からの依頼は行わなかった。面談は、個室等で行いプライバシーに配慮した。また、ICレコーダーでの録音の了解が得られなかったため了解を得てメモを取り、面談直後に逐語録を作成した。研究協力を得る際には、得られた情報は本研究以外で使用されないこと、個人が特定されないように配慮すること、事前に面談日程の調整などを十分に行い、負担をかけないことを約束した。本研究は、沖縄県立看護大学倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号 22004-変更1)なお、本研究は、研究者の勤務先であるA精神科病院で実施したことから、研究者と研究フィールドはCOI関係にある。

III. 結果

1. 統合失調症初発患者の家族の支援ニーズ

文献検討から、導かれた家族の支援ニーズとして、81の支援ニーズを抽出し19のサブカテゴリー、6つのカテゴリー、3つの中核を導いた。以下、文献からの抽出内容を「」、サブカテゴリーを〈〉、カテゴリーを《》、中核を【】で示した。

家族の支援ニーズの中核は、【疾患へのショックと偏見による孤立】、【患者の病状に加え家庭生活の不調和による課題の複雑化と憔悴感】、【救いを求める一方で精神科医療への抵抗感と看護への期待の低さ】であった(表

2)。

1) 疾患へのショックと偏見による孤立

【疾患へのショックと偏見による孤立】には、《診断にショックを受け、否認、悲嘆、怒りの感情が渦巻く》、《疾患への偏見により孤立する》のカテゴリーがあった。

《診断にショックを受け、否認、悲嘆、怒りの感情が渦巻く》には、〈精神疾患と診断を受けたことにショックを受けている〉、〈精神疾患の診断を受け入れられない〉、〈精神疾患と診断を受けたことを悲嘆している〉、〈精神疾患と診断されたことで他者へ向かう怒りがある〉〈精神疾患になったことや、入院させた時の肩の荷が下りた気持ちに罪悪感がある〉の5つのサブカテゴリーがあった。

〈精神疾患と診断を受けたことにショックを受けている〉には、「診断および処置に対して、また急性期の行動に対して、激しい動揺と衝撃を感じている」(文献7)、「病氣と認めたくない気持ちと、折り合いをつけて気持ちを奮い立たせる、苦しみを理解しようとするのが葛藤する」(文献5)などのキーセンテンスがあった。〈精神疾患の診断を受け入れられない〉には、「精神疾患と思いたくない思いがある」(文献8)などがあった。〈精神疾患と診断を受けたことを悲嘆している〉には、「慢性疾患で予後も悪い統合失調症と診断されて、ショックを受け、とても悲しみ悩んだ」(文献9)などがあった。〈精神疾患と診断されたことで他者へ向かう怒りがある〉は、「精神疾患になったことに対して怒りがある」(文献8)であった。〈精神疾患になったことや、入院させた時の肩の荷が下りた気持ちに罪悪感がある〉には、「家族が精神疾患になったことに対して罪悪感がある(文献8)」、「入院時の悲しみと安心、うれしい、寝られた、責任が和らいだ、肩の荷が下りたというアンビバレントな心理」(文献5)などがあった。

《疾患への偏見により孤立する》には、〈精神疾患に対する偏見によって発症を絶望的に捉えている〉、〈誰にも知られたくないと思っている〉の2つのサブカテゴリーがあった。〈精神疾患に対する偏見によって発症を絶望的に捉えている〉には、「近隣の精神疾患に関する無理解と批判に対して、なすすべがなく、家族内で病気を抱え込まざるをえない」(文献3)などがあった。〈誰にも知られたくないと思っている〉には、「統合失調症に対する否定的感情や恥の意識から、社会とのつながりを切断しようとする」(文献7)などがあった。

2) 患者の病状に加え家庭生活の不調和による課題の複雑化と憔悴感

【患者の病状に加え家庭生活の不調和による課題の複雑化と憔悴感】には、《病氣のことをわからないまま、患者の病状に振り回され混乱し憔悴する》、《家庭生活の不調和をきたし対処が複雑化する》の2つのカテゴリーがあった。

《病氣のことをわからないまま、患者の病状に振り回

表2. 統合失調症初発患者の家族の支援ニーズ

文献番号	文献からの抜粋	サブカテゴリー	カテゴリー	中核
7	診断および処置に対して、また急性期の行動に対して、激しい動揺と衝撃を感じている	精神疾患と診断を受けたことにショックを受けている	診断にショックを受け、否認、悲嘆、怒りの感情が渦巻く	疾患へのショックと偏見による孤立
5	病氣と認めたくない気持ちと、折り合いをつけて気持ちを奮い立たせる、苦しみを理解しようとするのが葛藤する			
9	診断にショックを受けている			
1	診断のショック 最初の受診と 精神科疾患への否認 初期における異常の変化を受け入れない			
8	家族の精神疾患に関連したショック			
8	家族の精神疾患に関連した驚愕			
8	精神疾患と思いたくない思いがある			
1	精神病に対する家族の非受容 精神疾患の否認			
9	慢性疾患で予後も悪い統合失調症と診断されて、ショックを受け、とても悲しみ悩んだ	精神疾患と診断を受けたことを悲嘆している		
5	病氣と知った悲しみ、がっかり、先がないと思った			
1	悲嘆がある 母親の子育てに対する自責の念がある 自尊心の低下			
8	精神疾患になったことに対して怒りがある			
8	否認による他者への非難がある	精神疾患と診断されたことで他者へ向かう怒りがある		
8	家族が精神疾患になったことに対して罪悪感がある			
5	入院時の悲しみと安心、うれしい、寝られた、責任が和らいだ、肩の荷が下りたというアンビバレントな心理	精神疾患になったことや、入院させた時の肩の荷が下りた気持ちに罪悪感がある		
4	育て方や遺伝と病氣との関連を知りたい			
5	親として、対応の仕方が間違っていたのではないかと、育て方について自責感がある			
5	病氣の原因を探している			
6	罪悪感を軽くできる情報がほしい			
6	その場しのぎだったこと、ストレスをためたこと何が悪かったのかと思い悩む			
1	家族が発症したことに対して罪悪感がある 母親が子育てに対して自責の念がある			
3	近隣の精神疾患に関する無理解と批判に対して、なすすべがなく、家族内で病氣を抱え込まざるをえない	精神疾患に対する偏見によって発症を絶望的に捉えている	疾患への偏見により孤立する	
8	発症、治療、予後に対する不治の病、社会からの逸脱というスティグマがある			
2	スティグマによって孤立する			
8	家族の精神疾患に関連して否定的感情がある			
7	子供に対する罪悪感や病氣に対する否定的感情にとらわれている			
2	ショック、罪悪感、無力感、恐怖、怒り、不満などの否定的感情がある			
2	本人が本来備えていた機能を喪失したことを嘆く			
5	悲しみやイライラ、悪化時の不安、気分の落ち込みなどから、病氣になったことについてネガティブな感情がある。			
7	統合失調症に対する否定的感情や恥の意識から、社会とのつながりを切断しようとする	誰にも知られたくないと思っている		
1	社会に対する「自閉」（誰にも知られたくない）誰にも援助を求めず孤立する			

表2. 統合失調症初発患者の家族の支援ニーズ (つづき)

文献番号	文献からの抜粋	サブカテゴリー	カテゴリー	中核
6	閉鎖病棟でゆっくり休む必要があるなど、精神科医療のことがわからない	治療の方法や必要性、患者の状態などの精神科医療のことがわからない		患者の病状に加え家庭生活の不調による課題の複雑化と憔悴感
4	治療（隔離や身体拘束、看護援助、薬物治療）の説明がほしい			
6	入院中の患者の日常生活の様子や悪い状態、わずかな良い状態への変化を知りたい			
6	外泊中や退院後も困ったときにはいつでも助けてもらえると、不安はなくなる			
6	障害が残りにやすいことや障害が残る部分が知りたい	病気のことや残る障害がわからない		
5	親亡き後の子どもの将来について考えていて、子どもの環境や子ども自身への要望がある			
6	入院中は、本人の状態や病気のことを教えてもらえると安心する			
6	病気のことがわからないので、急げ病だと思った、信仰で治ると思った	病気の理解ができないため対処ができず混乱し、報われない辛さがある	病気のことをわからないまま、患者の病状に振り回され混乱し憔悴する	
1	努力しても報われない焦り、辛さがある			
3	病気への認識不足の中での対処			
7	統合失調症に対する否定的感情や知識のなさから、子どもにどう関わればよいのか分からず途方に暮れている			
5	変わってしまった子へのイライラ、寝てばかりいることへ疑問があり、対応の仕方がわからず、子どもに振り回されて、責める気持ちになる。			
4	患者への怒りのコントロール方法を知りたい			
3	奇異な言動による家庭生活の混乱と親の戸惑い			
5	病気のことがわからないので、対応の仕方がわからない			
6	ストレスへの対処法や身体的負担の軽減など疲労回復へのアドバイスがほしい	家族（主たる介護者）の健康が脅かされがちである		
7	趣味や仕事など、ケア以外の作業に取り組むことで、子供との心理的・現実的な距離をとって心理的安定を保とうとする			
3	家族成員の理解不足と母親（主たる介護者）の孤立	主たる介護者が孤立しがちである		
1	症状発症における家族間、とくに夫婦間の葛藤			
1	家族（夫婦）関係の親密性の低下と混乱			
3	仕事や高齢者介護などの家庭内の複数の困難との調整	家庭内外の問題に対処できず、解決できないことがある	家庭生活の不調和をきたし対処が複雑化する	
8	本人の行動による経済的、物的損失の可能性はある			
1	症状発症における家族間（夫婦）の葛藤	精神疾患になったことの受け止め方で家族間に葛藤がある		
3	家族内で孤立しがちな時も家族会の仲間に支えられる			
1	母親の歪曲した愛情			

表2. 統合失調症初発患者の家族の支援ニーズ（つづき）

文献番号	文献からの抜粋	サブカテゴリー	カテゴリー	中核
6	親にも精神科治療を受けさせることに抵抗があるので、なかなか入院まで思い切れない、副作用が心配で薬を飲ませずによくしたい思いが強い	精神科治療への抵抗と必要性に葛藤する	精神科医療や看護の価値が分からず、介入されることに消極的である	救いを求める一方で精神科医療への抵抗感と看護への期待の低さ
6	病状や、鍵がかかっているなど治療とは思えない精神科の医療にショックを受ける			
1	発症したことを疑っていたが、医師の説明と合致して納得した			
7	診断を得たことで、それまでの子どもの異常な言動が症状によるものだと理解し、納得や一時的な安堵を得ている			
6	精神科治療を受けさせることに抵抗がある			
6	病状が軽くなると本人が薬を中断するなどして、治療を嫌がるので受診させるのがむづかしい			
6	ほんとに治るのか、退院できるのかなど、病状や将来のことを心配する			
6	本人がよくなったり、外泊できたりすることで回復への見通しが立って、嬉しかった	自分のニーズと看護師のニーズが分からず、看護師による介入の必要性もわからない		
6	してほしいことも思いつかない、こういう病気にどういう看護をするのかよくわからない			
3	家族は医師以外にもいろいろ行きました。相談機関みたいなのところにも行って、本を読んだり講演会にもいろいろ行ったりしました	薬にもすぎる思いで手探りによる情報収集を行う		
3	(本・新聞・インターネット・講演会などの)情報の増加と混乱			
6	家族と知り合って本音で話し、こういう人がたくさんいるとわかって、心の支えになった			
3	家族会に参加することで情報量が拡大していった			
7	子どもが統合失調症であるという事実を受け止め、現状を何とか改善しようとする。子どもとの心理的距離が近く、情緒的に巻き込まれがちである。	医療職が、温かい、優しい態度で言葉をかけ、労をねぎらってくれると安心する	現状を打破する方法を求めるが、専門職の支援がマッチしない	
6	暖かく優しい態度で接してもらえると安心する			
3	専門職からの労をねぎらう言葉かけがあるといい			
6	看護師や主治医に相談したくても遠慮があり、また本人や他の家族がいるなど状況的に相談しにくい			
6	医療者側から連絡をくれたり、自己紹介してくれると安心する			
5	医療機関への信頼がある、頼れる人がいることで安心する	専門職から具体的な対応策が提示されず不満がある		
3	主治医や保健所に相談しても聞くだけで何もすじ道がなく、見通しが立たない			
9	説明と支援を必死に求めたが、予後など具体的なことを説明しないので満足いかず、病院のやり方に不満を感じた			
2	専門家との出会いやサービス利用時にコミュニケーションや経済負担などの不満があった			
3	診療時間が短く医療従事者からの支援の限界を感じる			
3	援助職は、親の抱えている困難を聞くだけで、具体的な支援策が提示できない			

され混乱し憔悴する》には、〈治療の方法や必要性、患者の状態などの精神科医療のことがわからない〉、〈病気のことや残る障害がわからない〉、〈病気の理解ができなため対処ができず混乱し、報われない辛さがある〉、〈家族（主たる介護者）の健康が脅かされがちである〉の4つのサブカテゴリーがあった。

〈治療の方法や必要性、患者の状態などの精神科医療のことがわからない〉には、「閉鎖病棟でゆっくり休む必要があるなど、精神科医療のことがわからない」（文献6）があった。〈病気のことや残る障害がわからない〉には、「障害が残りやすいことや障害が残る部分が知りたい」（文献6）があった。〈病気の理解ができなため対処ができず混乱し、報われない辛さがある〉には、「病気のことがわからないので、怠け病だと思った、信仰で治らと思った」（文献6）、「努力しても報われない焦り、辛さがある」（文献1）などがあった。〈家族（主たる介護者）の健康が脅かされがちである〉には、「ストレスへの対処法や身体的負担の軽減など疲労回復へのアドバイスがほしい」（文献6）などがあった。

《家庭生活の不調和をきたし対処が複雑化する》には、〈主たる介護者が孤立しがちである〉、〈家庭内外の問題に対処できず、解決できないことがある〉、〈精神疾患になったことの受け止め方で家族間に葛藤がある〉の3つのサブカテゴリーがあった。

〈主たる介護者が孤立しがちである〉には、「家族成員の理解不足と母親（主たる介護者）の孤立」（文献3）などがあった。〈家庭内外の問題に対処できず、解決できないことがある〉には、「仕事や高齢者介護などの家庭内の複数の困難との調整」（文献3）があった。〈精神疾患になったことの受け止め方で家族間に葛藤がある〉には、「症状発症における家族間（夫婦）の葛藤」（文献1）などがあった。

3) 救いを求める一方で精神科医療への抵抗感と看護への期待の低さ

【救いを求める一方で精神科医療への抵抗感と看護への期待の低さ】には、《精神科医療や看護の価値が分からず、介入されることに消極的である》、《現状を打破する方法を求めが、専門職の支援がマッチしない》の2つのカテゴリーがあった。

《精神科医療や看護の価値が分からず、介入されることに消極的である》には、〈精神科治療への抵抗と必要性に葛藤する〉、〈自分のニーズと看護師のニーズが分からず、看護師による介入の必要性もわからない〉の2つのサブカテゴリーがあった。〈精神科治療への抵抗と必要性に葛藤する〉には、「親にも精神科治療を受けさせることに抵抗があるので、なかなか入院まで思い切れない、副作用が心配で薬を飲ませずによくしたい思いが強い」（文献6）などがあった。〈自分のニーズと看護師のニーズが分からず、看護師による介入の必要性もわからない〉は、「してほしいことも思いつかない、こういう

病気にどういう看護をするのかよくわからない」（文献6）であった。

《現状を打破する方法を求めが、専門職の支援がマッチしない》には、〈藁にもすがる思いで手探りによる情報収集を行う〉、〈医療職が、温かい、優しい態度で言葉をかけ、労をねぎらってくれると安心する〉、〈専門職から具体的な対応策が提示されず不満がある〉の3つのサブカテゴリーがあった。〈藁にもすがる思いで手探りによる情報収集を行う〉には、「家族は医師以外にもいろいろ行きました。相談機関みたいなのところにも行って、本を読んだり講演会にもいろいろ行ったりしました」（文献3）などがあった。〈医療職が、温かい、優しい態度で言葉をかけ、労をねぎらってくれると安心する〉には、「暖かく優しい態度で接してもらえると安心する」（文献6）などがあった。〈専門職から具体的な対応策が提示されず不満がある〉には、「主治医や保健所に相談しても聞くだけで何もすじ道がなく、見通しが立たない（文献3）」などがあった。

2. 家族支援の実践

1) 家族および患者の概要と家族支援の概要

支援を実践した家族は5事例であった。患者との関係は母親が4名、父親が1名で、年代は50代、60代がそれぞれ2名、70代が1名であった。家族構成では、両親と子ども（患者）が3家族、母親と子どもが2家族であった。患者の年代は10代、20代がそれぞれ1名、30代が3名。診断からの月数は1.5か月～6か月であり、全員がすでに退院し通院中であった。

家族支援の方法は、面談と病院内の調整であった。面談は、対面が2～4回、電話が0～9回、受診対応が0～3回であった。また、病院内での調整は、主治医が1～8回、外来看護師が3～6回、精神保健福祉士（PSW）・作業療法士（OT）が、1～3回であった。（表3）

なお、これ以降の「看護師」は、研究者を意味している。各事例の支援開始時の概要と支援の経過を特徴的な支援ニーズのサブカテゴリーを用いて示す。

(1) 事例1

支援開始時の家族の状況は、70代の両親と30代の患者で、診断からの期間は3ヶ月であった。患者の幻覚妄想状態が落ち着きかけたところで母親の強い希望で退院し、外来通院となった。本人の世話は主に母親がしていた。

外来受診に同伴した父親に家族支援を申し出たところ父親は同意したが、困りごとはないかという看護師の問いには答えずに、母親に会ってほしいと要望した。その要望に応じて2回目は自宅での面談になった。父親の要望に応じて訪問し母親と面談する中で家族間の葛藤が表出された。自宅では父親は不在で、出迎えた母親に家族支援の目的を伝えると了解した。看護師が子ども発症時のショックや辛かったことや内服治療への疑問を確認し

表3. 研究協力者（家族）・患者の概要、および研究者による家族支援

研究協力者の概要			患者の概要		研究者による家族支援					
患者との関係	年齢	年齢	年齢	診断からの月数	面談			調整		
					対面	電話	受診対応	主治医	外来看護師	PSW・OT
事例1	母親	70代	30代	3ヶ月	2	3	1	3	3	1
事例2	母親	60代	30代	2ヶ月	4	2	3	3	3	3
事例3	母親	60代	20代	6ヶ月	3	0	0	1	3	3
事例4	母親	50代	30代	5ヶ月	3	3	1	3	3	3
事例5	父親	50代	10代	1.5ヶ月	2	9	2	8	6	1

* PSW：精神保健福祉士 * OT：作業療法士

た後に、母親から父親への不満が表出され、〈精神疾患になったことの受け止め方で家族間に葛藤が（ある）〉あった。

(2) 事例2

支援開始時の家族の状況は、60代の両親と30代の患者で、診断からの期間は2ヶ月であった。患者は仕事と家族の介護で疲労と不眠が生じ希死念慮が出現したため、入院となった。コロナ流行下で面会ができないことから、幻聴はかなり残っていたが、両親の希望で入院後1ヵ月で退院し外来通院となった。両親は、自営業の仕事に子どもを同行させ、外来にも付き添って常に一緒にいるようにしている状況であった。

外来受診時に同伴した母親に家族支援したいこと伝えると、なぜ自分に最初は戸惑った表情をしたが何度か説明すると同意が得られ、自宅での面談となった。困りごとはないかと聞くと困惑した表情で黙ってしまったので、看護師が外来診察時に医師の問いに答えるのみであった母親の様子を伝えて、医師に聞きたいことはないかと尋ねていくうちに母親は診断への疑問を表出したので〈専門職から具体的な対応策が提示されず不満がある〉ことが推察された。診断はそのように聴いていると答えて疾患の説明をすると、沈んだ表情になったので気持ちに共感したところ、子どもが病気であることのつらさを表出しはじめ、〈精神疾患と診断を受けたことを悲嘆して（いる）〉いた。その後、病気の回復可能性や薬の効果についての疑問も表出するようになり、次第に内服治療を受け入れて表情も明るくなった。主治医に、母親が思いを表出できない状況であること、母親が問いかけやすいようにしてほしいことを伝えたと、次第に母親は主治医との意思の疎通がとれるようになり、内服治療を継続することで患者の症状が改善したことから、母親にも余裕が出てきた。

(3) 事例3

支援開始時の家族の状況は、60代の母親と20代の患者で、診断からの期間は6ヶ月であった。患者は不眠、不安が増強して希死念慮出現し、入院となった。入院後

2週間で希死念慮が軽減したため、本人と母親の希望で退院した。子どもは、穏やかに家の中で生活できており、母親が付き添って外来通院していた。

外来診療に同伴した母親に支援を申し出ると、私に何が聴きたいのかと直ぐには受け入れてもらえなかったが、何度か申し出て支援の了解を得た。母親は、子どもの発症を自分の責任と考えてしまい、〈精神疾患になったことや、入院させた時の肩の荷が下りた気持ちに罪悪感がある〉ことを示していた。子どもが気になって休めない、子どもの事は自分の兄弟にも言えないと、〈誰にも知られたくないと思っている〉ことを表出し、また、自分のことは看護師に話すことではないと思っていたと話していたので、外来看護師に母親の心情を伝え、来院時は母親の状況や心情について声をかけて聞いてほしいと伝えた。困りごとはないかと尋ねるが答えることができなかった。その後発症時の事を尋ねると辛かった体験を語り始め、病気の事を知っている人が相談相手だと良いと家族支援を受け入れ、自分が休むことが子どもにも良いと、〈医療職が、温かい、優しい態度で言葉をかけ、労をねぎらってくれると安心する〉ことを表出できるようになった。

(4) 事例4

支援開始時の家族の状況は、50代の母親と30代の患者で、発症からの期間は5ヶ月であった。患者は発症当時食欲低下、不眠、精神運動抑制がある一方で、警察への通報で騒がすこともあり入院となった。不眠が改善した時期に本人が退院を強く希望し、入院後2ヶ月で退院となった。

母親に家族支援を申し出ると、「子どものためなら」とスムーズに同意が得られたが、家族がケアの対象とは思っていないと、困りごとはわかっているが家族でどうにかしようとしていた。デイケアでのスタッフの対応について問うと、〈専門職から具体的な対応策が提示されず不満がある〉と困りごとを表出したので、対応を約束した。その後、子どもの症状再燃への対応や就労希望に対して〈治療の方法や必要性、患者の状態などの精神科

医療のことがわからない)不安を具体的に表出した。本人が希望するデイケアプログラムに参加できていない理由について主治医やデイケアスタッフに確認し、母親へフィードバックした。症状悪化に対する不安には、病院はいつでも対応ができることを伝え、〈医療職が、温かい、優しい態度で言葉をかけ、労をねぎらってくれると安心する〉ことを意識化した。就労に関しては、必要な社会資源を病院の担当者と調整し、次第に母親自身で関係職種に連絡が取れる体制を整えた。

(5) 事例5

支援開始時の家族の状況は、50代の両親と10代の患者で、発症からの期間は1.5ヶ月であった。患者は落ち着かず多動になり不眠と希死念慮が生じて入院となった。病状の改善は見られなかったが、両親の強い希望で、入院後数日で退院となった。その後、両親は本人から目を離さずに生活し外来受診には二人で付き添っていた。患者は症状や薬の副作用があり落ち着かない状況であった。

外来診察に同伴した両親に家族支援の必要性を説明したところ、母親は父親に隠れるようにして視線も合わさず怯えた表情であり〈精神疾患と診断されたことで他者へ向かう怒りがある〉ことが観察できた。父親は「私だけが母親はもっとショックを受けている」と話して、〈精神疾患と診断を受けたことにショックを受けている〉ことを表出し、家族支援に同意した。しかし、父親と約束した面談は子どもの症状悪化を理由に断られ、〈精神科治療への抵抗と必要性に葛藤する〉様子が見られた。その後も父親は、診断を受け入れられず医療を受けさせたくない母親と治療の必要性を伝える医療者との間で揺れ、受診させることはできなかった。子どもの症状については次々と電話してきたが、看護師が現状の困りごとを尋ねても、困りごとは表出できなかった。父親からの頻回の電話を支持しながら治療の継続を支援した。医師および外来看護師と家族の入院に対する家族の不安な気持ちを共有しながら関係性を継続できるようにしていたところ、家族は再入院に同意することができ、さらに治療による症状の回復を目の当たりにして、入院治療の継続を了解した。退院時は父親自身の負担が軽減できるように療養環境を調整していた。

3. 家族支援の実践内容

家族支援の実践内容は12場面生成され、30のキーセンテンス、8つのサブカテゴリー、3つのカテゴリーを導いた。以下、場面の要約を“ ”、キーセンテンスを「」、サブカテゴリーを〈 〉、カテゴリーを《 》で示した。

家族支援のカテゴリーは、《ケアの希求への促し》、《当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め》、《心情の言語化と看護師との相互作用で醸成する病への態度》が導かれた(表4)。

1) ケアの希求への促し

《ケアの希求への促し》は、〈家族支援の必要性に気づき、ケアの受け手である自覚を促す〉、〈看護師に示す態度と言動を受け入れることで心情の表出を助ける〉の2つのサブカテゴリーがあった。

〈家族支援の必要性に気づき、ケアの受け手である自覚を促す〉では、「家族に、看護師としてかかわりたいことを提案することで、家族にケアの担い手だけでなく、ケアの受け手でもあることの自覚を促し、介入の同意を得た」(ID1-1-1)、「家族の自由な語りを促したあと、改めて家族支援の必要性を伝えたことで、家族はケアの受け手としての自己を表現し、看護師のかかわりを受け入れた」(1-2-2)、などのキーセンテンスがあった。〈看護師に示す態度と言動を受け入れることで心情の表出を助ける〉では、「家族に支援者としてかかわることの受け入れができていたと感じたので、率直に看護師として気になった母親の反応を伝えたところ、外来受診で日ごろ感じている思いを吐露していた」(2-2-1)、「支援を求めた父親は不在で母親に迎えられた違和感はあったものの、母親は看護師に協力するという態度を積極的に示してきたので受け入れ見守ることで、患者本人ではなく家族に対する不満を吐露しはじめた」(1-2-1)などがあった。

このように、《ケアの希求への促し》は、支援の受け手であることの自覚を促しつつ、様々な態度や言動をありのまま受け入れることで心情の表出を助ける実践であった。

2) 当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め

《当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め》は、〈言語化されない支援ニーズをその言動から受け止める〉、〈看護師がニーズを推測して主導権を発揮することで支援ニーズの認識を促す〉、〈子と向き合う意欲に気づき支持する〉、〈かかわりへの反応から支援ニーズと支援内容のズレを見いだす〉があった。

〈言語化されない支援ニーズをその言動から受け止める〉では、「母親は、看護師を相談者と認め、自らの心情を吐露していたので、看護師はその言葉を代弁しながら共感を示したところ、母親に支援の必要性が伝わり具体的な支援の提案に同意を得た」(3-3-2)、「家族は、看護師とのやり取りの後、自分の困りごとを明言することはできなかったが、次回のかかわりを自ら提案することで、自覚できていない支援の必要性を表出していた」(1-1-3)などがあった。〈看護師がニーズを推測して主導権を発揮することで支援ニーズの認識を促す〉では、「日ごろは、不安があり、緊張が解けないために疲労があると訴える母親に対し、「今」のようなゆったりとしたたたずまいが、子により影響を与えると母親の良いところを具体的に伝えると、これまでとは違って肯定的な反応を示した」(3-2-3)などがあった。〈子と向き合う意欲に気づき支持する〉では、「自分からうまくいった対処を語り始める母親を支持しつつも、合間に見せる病

表4. 統合失調症初発患者の家族支援の実践内容

ID	支援内容（キーセンテンス）	サブカテゴリー	カテゴリー
1-1-1	家族に、看護師としてかわかりたいことを提案することで、家族はケアの担い手だけでなく、ケアの受け手でもあることの自覚を促し、介入の同意を得た	家族支援の必要性に気づき、ケアの受け手である自覚を促す	ケアの希求への促し
1-2-2	家族の自由な語りを促したあと、改めて家族支援の必要性を伝えたことで、家族はケアの受け手としての自己を表現し、看護師のかかわりを受け入れた		
2-1-1	家族に、看護師としてかわかりたいことを提案することで、家族は自らをケアの受け手と自覚し、次回のかかわりに関する調整に積極的に応じていた		
3-1-1	家族に研究の主旨を説明したところ、怪訝な様子を見せていたが、家族支援の必要性を伝えると看護師へ関心を示し、面接の日程を自ら提案してきた		
3-3-1	母親に相談先として連絡を受ける用意があることを伝えたところ、母親としての悩みを語り始めた		
2-2-1	家族に支援者としてかわかることの受け入れができていないと感じたので、率直に看護師として気になった母親の反応を伝えたところ、外来受診で日ごろ感じている思いを吐露していた	看護師に示す態度と言動を受け入れることで心情の表出を助ける	
1-2-1	支援を求めた父親は不在で母親に迎えられた違和感はあったものの、母親は看護師に協力するという態度を積極的に示してきたので受け入れ見守ることで、患者本人ではなく家族に対する不満を吐露しはじめた		
3-2-2	子の発症当時の経験を率直に語っていた母親が、親戚に子のことを相談できないと暗い表情で表現したことから、拗り所のない緊張感を捉えた		
3-3-2	母親は、看護師を相談者と認め、自らの心情を吐露していたので、看護師はその言葉を代弁しながら共感を示したところ、母親に支援の必要性が伝わり具体的な支援の提案に同意を得た	言語化されない支援ニーズをその言動から受け止める	
1-1-3	家族は、看護師とのやり取りの後、自分の困りごとを明言することはできなかったが、次回のかかわりを自ら提案することで、自覚できていない支援の必要性を表出していた		
5-1-1	外来に付き添う両親に、研究の主旨と家族支援の必要性を説明したところ、母親は不信感を示していたが、父親は、母親と離れた後看護師のもとを訪れ、子の病気にショックを受けている感情を表出し、支援の申し出に合意した		
5-3-3	夜間の緊急受診を決心した父親と母親、子をねぎらいたいと思い受診に付き添うことを伝えたところ、最初に家族支援の同意をして、後で拒否をしてきた父親だけでなく、最初は目を合わせなかった母親も、頭を下げて介入を受け入れた	看護師がニーズを推測して主導権を発揮することで支援ニーズの認識を促す	当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め
3-2-3	日ごろは、不安があり、緊張が解けないために疲労があると訴える母親に対し、「今」のようなゆったりとしたたたずまいが、子により影響を与えると母親の良いところを具体的に伝え、これまでとは違って肯定的な反応を示した		
5-2-1	子の症状が出現したタイミングで子への対応を要望し、同時に家族支援の介入をキャンセルすると訴える父親に、その訴えを受け入れたうえで、子の世話に応じることを再介入のタイミングと位置づけかかわりをつなぎとめた		
2-3-1	自分からうまくいった対処を語り始める母親を支持しつつも、合間に見せる病気への疑念を捉え、病気の特徴を説明し、丁寧に付き合う必要があること、治療が効果的であることを説明し励ました	子と向き合う意欲に気づき支持する	
2-2-4	初めて子の具体的な症状について語り始めた母親に対し、改めて、症状への対処法を提案しつつ、焦らないよう伝えたところ、母親は自らの態度が子に影響を与えることを受け止め、子に向き合う態度を示した		
5-3-1	父親に対し再度介入するつなぎを使って、子の様子を確認しながら本日の受診を勧めたが応じなかったものの、連絡ができたことを支持したところ、同日再び、症状への対処について相談の電話があった		
4-3-4	母親は、看護師とのやりとりを通して、困りごとの対応だけでなく自分の心情を表現し、満足感を表明した	かかわりへの反応から支援ニーズと支援内容のズレを見いだす	
4-3-1	母親は、具体的な生活支援の必要性を訴えたので、対応を約束したところ、儀礼的な反応が返ってきたので、改めて母親の気持ちを確認したところ、発症時の苦労体験を語りだした		
1-2-3	看護師に具体的な質問や不安を伝え、アドバイスを受けたあと、相談があるときは自ら行動するよう促すと同時に、自ら行動できるのか確かめたために、母親は介入の主導権を看護師へゆだねた		
2-2-2	診断名に対する疑いの言動に対し病気の受け止めができていないと感じ、とっさに指導をはじめたところ、両親の表情が暗くなったのでニーズのズレに気づき、指導から相談への対応を切り替え、子の病気に対する心情の表出を促した	経験の言語化を助けることで子の病気と向き合う態度を引き出す	心情の言語化と看護師との相互作用で醸成する病への態度
3-2-4	子の病気を受け止め、しっかりしているように見える母親だが、緊張感が強く医療者に警戒感を持っている印象を受けたので、自分を代理に試してみないか提案したところ、ためらいつつも安心感を出した		
1-1-2	家族としての困りごとの語りを促すが反応がないため、入院当時のできごとの語りを促したところ、発症当時の父親としての経験をとうとう語りだした		
3-2-1	家族支援の必要性について同意はしていなかったが、自らの経験を語るよう促したことで、精神医療に対する偏見や自分でなんとかできるという思いがあったことを表出した	家族の子の病に向き合う態度の深化を受け止める	
2-2-3	子の病気に対するつらさを表現した母親と父親に対し、その気持ちを代弁し共感を示したところ、面談当初は、子の診断名に対する疑問を呈した母親が、子の症状について語り始めた		
4-3-2	発症時の子の様子を語りながら、変化に気づけなかった自分を責めている言動が聞かれたため、当時の対応を支持しつつ、つらい気持ちを言語化し共感を示した		
2-3-2	以前は病気の説明に暗い表情を見せた母親が、今ではその内容を受け止め、自分が必要な時は相談したいと申し出たことから、対処行動を身に着けることができていると感じた	家族の子の病に向き合う態度の深化を受け止める	
5-3-4	子の症状に対し、受診するという対処行動がなかなか決断できない父親に寄り添い、繰り返し電話に応じたことと、父親の電話で相談するという行動を支持したことで、支援者として受け入れられた		
5-3-2	繰り返し子の症状への対処を連絡してくる父親に対し、その行動を支持しつつ、看護師として受診の必要性を伝えたところ、私の意向を確認したのち受診に同意した		
4-3-3	発症時に母親が体験したつらい気持ちを看護師が言語化し表現したことで、当時の医療につながった安心感の想起を促した		

気への疑念を捉え、病気の特徴を説明し、丁寧に付き合う必要があること、治療が効果的であることを説明し励ました(2-3-1)などがあった。(かかわりへの反応から支援ニーズと支援内容のズレを見いだす)では、「診断名に対する疑いの言動に対し病気の受け止めができていないと感じ、とっさに指導をはじめたところ、両親の表情が暗くなったのでニーズのズレに気づき、指導から相談への対応を切り替え、子の病気に対する心情の表出を促した(2-2-2)などがあった。

このように、《当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め》は、言語化されない支援ニーズをその言動から受け止めつつ、看護師がニーズを推測して主導権を発揮することで、支援ニーズの認識を促しながら、子と向き合う意欲に気づき支持していた。同時に、かかわりへの反応から支援ニーズと支援内容のズレを見だし、支援の修正を重ねていく実践であった。

3) 心情の言語化と看護師との相互作用で醸成する病への態度

《心情の言語化と看護師との相互作用で醸成する病への態度》は、《経験の言語化を助けることで子の病気と向き合う態度を引き出す》、《家族の子の病に向き合う態度の深化を受け止める》のサブカテゴリーがあった。《経験の言語化を助けることで子の病気と向き合う態度を引き出す》では、「子の病気に対するつらさを表現した母親と父親に対し、その気持ちを代弁し共感を示したところ、面談当初は、子の診断名に対する疑問を呈した母親が、子の症状について語り始めた(2-2-3)などがあった。《家族の子の病に向き合う態度の深化を受け止める》では、「以前は病気の説明に暗い表情を見せた母親が、今ではその内容を受け止め、自分が必要な時は相談したいと申し出たことから、対処行動を身に着けることができていると感じた(2-3-2)などがあった。

このように、《心情の言語化と看護師との相互作用で醸成する病への態度》は、経験の言語化を助けることで子の病気と向かい合う態度を引き出し、その深化を受け止める実践であった。

以上のことから、家族への支援において看護師は《ケアの希求への促し》により支援へのつながりを持ち、《当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め》から共感を示すことで、《心情の言語化と看護師との相互作用で醸成する病への態度》を引き出していたことが導かれた。

IV. 考察

1. 統合失調症初発患者の家族の支援ニーズ

文献から導かれた初発患者の家族の支援ニーズとして、【疾患へのショックと偏見による孤立】【患者の病状に加え家庭生活の不調和による課題の複雑化と憔悴感】【救いを求める一方で精神科医療への抵抗感と看護への期待の低さ】があった。

実際に家族支援を行った際に支援ニーズの手がかりと

したとき、【疾患へのショックと偏見による孤立】は、支援場面の例として“…母親は、ふと「統合失調症といわれたけど、本当にそうですかね…」とつぶやいた。そして、「自分でも調べたりしたけど、なんで私の子がね…」と話した”(ID2-2-2)など、5事例中4事例が、疾患に対する強いショックとして表出していた。また、“…両親や親せきが子育てを手伝ってくれたこと(に)感謝はあるけど今の病気を親戚に伝えられない悩みを吐露…”(ID3-2-2)し、家族自らの偏見によって、親しい関係者からも孤立していることが表出された。

【患者の病状に加え家庭生活の不調和による課題の複雑化と憔悴感】は、支援場面の例として、“私は、「今日はお母さんのお話を聞かせていただきたいと思っています。…お母さんの心配や不安についても、一緒に考えていきたいと思っています」と、家族支援の必要性を伝えた。それに対して母親は、子のことではなく、夫に対する不満、特に子の世話に対する不満を、吐露し始めた”(ID1-2-1)という夫婦関係への不満などがあった。

また、【救いを求める一方で精神科医療への抵抗感と看護への期待の低さ】は、支援場面の例として、“…子の立場に立てるよう、「きつくありませんか、私は受診をしたほうがいいと思いますが」と自らの見立てを伝えた。しかし、今日は自宅でみるといって、受診には応じなかった”(ID 5-3-1)など、入院や服薬への抵抗感を示されることがあった。また、“…家族に話しにくいことは看護師に話していいのだと伝えたところ、「(看護師に対しては)子どものことは話しても、自分のことは話すことではないと思っています”(3-2-2)という語りの場面など、看護師が相談相手として認められていないことを実感した。

このように、文献検討で得た家族の支援ニーズは、本研究で介入した家族にも様々な表現されていた。ただし、その表現は見逃されやすく、また看護師の様々な働きかけへの反応として表現されていたことから、潜在化しやすいと考えられた。そのため、初発患者の家族を支援する際は、文献検討で得られた結果をアセスメントの手がかりとして活用する必要があると考えられた。

2. 統合失調症初発患者の家族支援を担う看護師の役割

本研究では、初発患者の家族支援の方法として、《ケアの希求への促し》により支援へのつながりを持ち、《当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め》から共感を示すことで、《心情の言語化と看護師との相互作用で醸成する病への態度》を引き出していたことが導かれた。

佐々木(2002)は、事例性概念として「対象のニーズを優先する必要性」を示し、同時に地域住民の健康や疾病に対する“構え”の分類を示し、「健康に問題を抱えていながら何もしない、何もできない」住民の存在を指摘している。今回の本研究の家族は、5事例中4事例が、「困りごとはないか」という問いに答えることができな

かった。また、すべての事例が、「発症時の状況」の語りを通して、自らの心情を想起する中で、看護師にその言語化を助けられながら、複雑な心情を吐露するに至っていた。さらに、5事例とも、研究の趣旨と家族支援の必要性を説明する中で、看護師が「患者本人のことだけでなく、家族の困りごとや心配ごとにも、看護師としてかかわりたい」と家族支援の必要性をはっきり伝えたことに対し、介入を受け入れるなど、その反応で家族支援のニーズが潜在していることを表現していた。このことは、初発患者の家族が、自らの支援ニーズに気づきにくい、そのために「問題を抱えていながら何もしない、何もできない」ことを示している。つまり、看護師は、家族支援の方法として、自らの相談機能や調整機能を具体的に家族に示し、支援を提供できることを説明する責任を果たすことによって、家族支援を担う役割が発揮できると考える。そのためには、本研究で介入したように、最初に支援関係を取り結ぶ「インテーク面接」(佐々木, 2002)を支援プロセスに取り入れることで、《ケアの希求への促し》につなげることが可能になると考える。

統合失調症は幻覚や妄想、異常な思考や行動が見られるため、特に初発患者の場合は、患者本人だけでなく、家族も初めて経験する症状への対応に強い困難を感じる(林ら, 2020)。同時に、社会の偏見も根強い(吉井ら, 2008)ことから、他の慢性疾患とは異なり、初発患者とその家族は、社会から孤立しやすい(松田ら, 2020)、家族機能が危機状態に陥る(宮崎ら, 2016)などの報告がある。佐藤(2011)は、痛みという主観的体験について、「痛い患部をさすってもらうことは、言語化しづらい痛みを生きる孤独な主体と、他者という世界とが一体となり、身体を通して世界とかかわる重要な窓を開いている」と述べている。初発患者の家族が抱える心理的な痛みに対し、手を差し伸べてさすことはできなくても、体験の言語化を促し、その時の心情を「怖かったですね」、「つらかったですね」、「大変でしたね」と代弁する看護師の応答は、痛みに寄り添うことにつながるのではないだろうか。家族支援の実践をしているとき、私は、家族が困りごとを語りづらそうにしているため、話しやすいたろうと発症当初の体験について語るよう促していた。しかし、支援内容を分析していくプロセスで、家族は、認識しづらい複雑な心情を語りを通して追体験しており、そのタイミングで看護師が心情を代弁することは《当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め》となり、共感を示すことにつながっていた。そして看護師が共感を示すことは、家族が自分の気持ちや悩みに気づくことを助けていたと推察できた(半澤ら, 2008)。したがって、家族の痛みに手を差し伸べ、孤立を予防するためには、発症当初のつらい体験について語りをうながし、家族の心情の表出を助ける必要があると考える。

Biestek (2006) は、援助関係の形成プロセスとして、対象のニーズに援助者が適切に応答することで、対象が

援助者の感受性を認識し、援助関係が形成されると述べている。本研究ではインテーク面接と発症当時の体験の語りを促し、言語化されないニーズを推察しながら働きかけ、同時にニーズと支援内容のズレを家族の反応から捉えては、支援内容を修正するプロセスを繰り返した。特に支援内容を修正するプロセスは、適切なタイミングでなければ支援が拒否される結果にもつながっていた。支援内容を修正する感受性を磨くためには、家族支援において支援ニーズを推察し、確かめ、その反応を評価するプロセスを丁寧に実践する必要があると考える。

以上のことから、初発患者の家族支援を担う看護師の役割は、インテーク面接を《ケアの希求への促し》の糸口として、発症当時の家族の体験の語りを促しながら心情の追体験と言語化を助け、支援ニーズを推察し、確かめ、その反応を評価し、ズレを修正しながら、継続して寄り添うことであると考えられた。

4. 本研究の限界と課題

本研究の限界の一つ目は、実践期間が短かったため家族の変化への対応がなされていないことである。患者の診断からの期間は、1.5か月から6か月と幅があり受容の段階も様々であったので、家族の様々な局面が現れたことは家族への支援を考える上で有意義であった。しかし、疾患に対する反応やその経時的変化もまた家族によって多様であるため、今後は、家族の経時的な変化に合わせた支援についても研究を深めることが課題である。

二つ目は、研究協力者が外来通院中の患者、つまり退院して家族と共に生活できる程度に回復している患者の家族に限られていることである。患者入院中の家族は、患者への直接の対応を迫られない反面、患者の疾患の経過が見えにくく、病気への疑問がより表出しにくいことが予測され、外来通院中の患者の家族とは異なる状態がある。今後は、入院患者の家族への支援についても研究を広げることが課題である。

V. 結論

1. 先行研究から整理された初発患者の家族の支援ニーズの中核は、【疾患へのショックと偏見による孤立】、【患者の病状に加え家庭生活の不調和による課題の複雑化と憔悴感】、【救いを求める一方で精神科医療への抵抗感と看護への期待の低さ】であった。
2. 家族支援の実践において先行研究から整理した支援ニーズが見いだされたが、その表現は見逃されやすく、また看護師の様々な働きかけへの反応として表現されていた。
3. 初発患者の家族支援において看護師は、《ケアの希求への促し》により支援へのつながりを持ち、《当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め》から共感を示すことで、《心情の言語化と看護師との相互作用

で醸成する病への態度》を引き出していたことが導かれた。

謝辞

本論文は、第一筆者の令和4年度の沖縄県立看護大学大学院博士前期課程の課題研究に加筆修正したものである。

本研究にご協力を頂きました研究協力者の皆様に深く感謝申し上げます。

引用文献

- Biestek, F. P. (2006). ケースワークの原則 援助関係を形成する技法 (pp26-27). 誠信書房.
- 福田正人. (2013). 統合失調症 (pp25-36). 医学書院.
- 古谷智子, 神郡博. (1999). 精神障害者の家族の心理的経過に関する研究—発病から入院後まで—. 富山医科薬科大学看護学会誌, 2, 29-39.
- 半澤歩, 渡部玲二郎. (2008). 日常的な相談場面における「共感されること」の効果. 茨城大学教育学部紀要, 57, 207-219.
- 林千華, 蔭山正子. (2020). 精神障がい者をパートナーにもち子育てをする配偶者の経験. 日本公衆衛生看護学会誌, 9 (1), 27-36.
- 岩崎弥生. (1998). 精神病患者の家族の情動的負担と対処方法. 千葉大学看護学部紀要, 20, 29-40.
- 蔭山正子. (2012). 家族が精神障害者をケアする経験の過程—国内外の文献レビューに基づく共通段階—. 日本看護科学会誌, 32 (4), 670.
- 加藤知可子. (2009). 初発統合失調症患者の家族が必要とする看護師からの情報提供に関する検討. 一急性期治療病棟に入院している初発患者の家族へのインタビューを用いて—. 日本看護学会論文集：精神看護, 40, 152-154.
- 菊池美智子, 山田浩雅, 佐竹裕美他. (2004). 精神科初回入院患者の親の体験と看護援助. 愛知県立看護大学紀要, 10, 33-40.
- 菊池由莉, 岡本裕子. (2009). 統合失調症患者の親におけるケア役割受容過程の検討. 広島大学心理学研究, 9, 217 - 229.
- 厚生労働省. (2017). 患者調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html> (2022年6月8日現在).
- 松田安奈, 井上幸子. (2020). 統合失調症患者の家族の疾病理解および偏見と批判的態度の関連. 日本精神保健看護学会誌, 29 (2), 71-76.
- 宮崎徳子, 萩典子, 大西信行, 児屋野仁美. (2016). 統合失調症患者の家族の病気受容に関する SCAT (Step for Coding and Theorization) による分析. 四日市看護医療大学紀要, 9 (1), 13-21.
- Ngqoboka M, Gmeiner A, Poggenpoel M. (1999). The

family's experience of having a mentally ill family member. Health SA Gesondheid, 4(3), 42-51.

- 中坪太一郎. (2008). 統合失調症の家族研究の展望. 東京大学大学院教育学研究紀要, 48, 203-211.
- 岡田宏基, 平野大輔, 谷口敬道. (2020). 統合失調症の社会機能と陰性症状サブドメインとの関連 MEDLINE および医学中央雑誌に基づくシステマティックレビュー. 国際医療福祉大学学会誌, 25 (1), 52-64.
- 佐藤泰子. (2011). 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— (pp104). 晃洋書房.
- 佐々木裕子, 早川由美. (2003). 精神障害者の家族支援についての文献研究—歴史経緯と当事者研究から支援の方向性を探る. 人間文化研究, 1, 93-108.
- 佐々木雄司. (2002). 生活の場での実践メンタルヘルス (pp8-10, 14 ÷ 16). 保健同人社.
- 全国精神保健福祉会連合会. (2010). 精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等のあり方に関する調査研究報告書. 平成21年度厚生労働省障害者保健福祉事業障害者自立支援調査研究プロジェクト. 東京.
- 田野中恭子. (2017). ケアの実践とは何か—現象学からの質的研究アプローチ— (pp114-138), ナカニシ出版.
- Tuck I, du Mont P, Evans G, et al. (1997). The experience of caring for an adult child with schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing, 11(3), 118-125.
- 吉井初美, 香月富士日. (2008). 初発統合失調症の子を持つ母の心理. 日本精神保健看護学会誌, 17 (1), 113-119.
- 吉井初美, 光永憲香, 斎藤秀光. (2013). 我が国の初発統合失調症患者の母親に関する研究動向と支援課題. 東北大学医学部保健学科紀要, 22 (1), 1-6.
- 横山恵子. (2013). 精神障害者家族会入会までの心理的变化と家族会で得たもの—若年層の統合失調症患者の家族へのインタビューから—. 保健医療福祉科学, 3, 7-13.
- 横山恵子. (2017). 国際動向をふまえた日本の強みと展望—精神障害リハビリテーションの変遷と現状 家族支援の現状と展望. 精神科リハビリテーション, 21 (2), 147-150.

Support for families having patients with new-onset schizophrenia by nurses

Harumi Takushi¹⁾, Mineko Okawa²⁾, Masayoshi Sakugawa²⁾.

Abstract

Purpose: To contribute to the establishment of the system to support community life of families having mental patients, the purpose of the study was to organize support needs for the families having the patients with new-onset schizophrenia from previous studies; to attempt family support using the outcome as a hint, and to propose ways of support for the families who tend to be isolated.

Methods: This study was an intervention study. In the first stage of the study, a literature review to gain a hint of the support-needs for the families having the patients was done. In the second stage, an intervention was conducted on five families (research collaborators) who met criteria for selection by authors as an intervenor based on the hint of the support needs from the first stage, and the methods to support were considered via the contents.

Results: 1. The support needs for the families gained from the literature review, were “being shocked at getting a disease and an isolation due to bias”: “complication of issues and feeling exhausted by patient’s illness and disharmony of the family’s life” and “resistance toward psychiatric care and a low expectation of nursing while asking for help”.

2. Contents of the family support were “prompting to long for care” such as ‘encouraging the patients to realize they are recipients of care and to notice the necessity of the family support’: “accepting complex feelings which are difficult for a party him/herself to realize such as ‘encouraging awareness of the support needs via exerting the leadership with estimating the needs’. Furthermore, the contents also included “attitudes toward the disease nurtured by an interaction of verbalized feelings with nurses” such as ‘accepting deepening of the attitudes toward the disease of the child’.

Conclusion: Consequently, the ways of the family support for the patients with new-onset schizophrenia included having a tie with the support via “prompting to long for care” and expressing empathy from “accepting complex feelings which are difficult for a party him/herself to realize”, and derived “attitudes toward the disease nurtured by an interaction of verbalized feelings with nurses”.

Key Words: schizophrenia, new-onset, support for family, nurse

1) Okinawa Chuou Hospital

2) Okinawa Prefectural College of Nursing

[研究報告]

精神障害者の地域生活支援向上のための訪問介護員と訪問看護師とのカンファレンスを活かした連携

内山あけみ¹⁾, 大川嶺子²⁾, 佐久川政吉²⁾

抄録

【目的】：精神障害者の地域生活支援向上のために、訪問介護員と訪問看護師とのカンファレンスの試みから支援の変化を明らかにし、今後の連携に役立てることである。

【方法】：研究者により、研究参加者（訪問介護員と訪問看護師）とのカンファレンス（事前ミーティングと合同カンファレンス）を主催し、その後、両者の支援の変化を確認するためにインタビューを行うアクションリサーチであった。

【結果】：研究参加者は、訪問介護員2名、訪問看護師13名であった。訪問介護員の捉えた連携の課題解決に向けカンファレンスを実施した。その結果、訪問介護員の変化として、【利用者の個別性を活かした自立支援の推進】と【精神障害者への専門職としての役割の発揮】があった。訪問看護師の変化として【アセスメントを見直し生活者としての関わりの強化】と【訪問介護員の強みを活かした看護の役割の推進】があった。今後の連携の課題として【ルール化したカンファレンスの定期開催】と【タイムリーな情報共有の推進】があった。

【利用者の個別性を活かした自立支援の推進】と【精神障害者への専門職としての役割の発揮】、訪問看護師からは【アセスメントを見直し、生活者としての関わりの強化】と【訪問介護員の強みを活かした看護の役割の推進】がみられた。精神障害者の地域生活支援向上のための連携に、カンファレンスは効果的であることが示唆された。

キーワード：統合失調症 訪問看護師 訪問介護員 地域生活支援 連携

Key words: schizophrenia visiting nurse visiting caregiver community life support

I. 緒言

わが国では「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念が明確にされ、地域生活への移行が促進された。また、障害者自立支援法施行により、居宅介護は精神障害を含めた3障害が支援対象となった。

私は40年余にわたり精神科看護に従事してきた。過去の看護実践は医療現場が殆どであった。2020年度からは、看護師資格を持つ訪問介護事業所の管理者（以下、管理者）として福祉の現場で勤務している。そこで、訪問介護員を通し、障害福祉サービスの利用者が生活者として成長している報告を聞き、精神障害者の地域生活支援はスムーズに行っていると判断していた。

しかし、訪問介護員は精神障害者の病気や障害の理解も不十分なまま、利用者との会話が噛み合わず意思疎通の取りづらさなど対応の困難さを経験していた。また、精神疾患、障害の教育や研修を受ける機会が少なく、他専門職への相談もできない中で生活支援を行っていた。訪問介護事業所の経緯を振り返ると、開設（2008年）

当初は、訪問看護師等の関連部署との連携はあったが、障害者自立支援法の改正に伴い、上乘せ研修の廃止や実施主体が変わり福祉と医療をつなぐ連携がしばらくは組み込みとなっていた。これまで私自身も、同じ法人である福祉の訪問介護事業所との連携には消極的だったことを感じた。

名城ら（2009）は、沖縄県において、ヘルパーはいくつもの課題を抱え、ケア会議やスーパービジョン体制の確立を求めているが、課題は解決されず、情報共有や相談などの連携に苦慮していることを指摘している。

管理者として訪問介護員と関わっていく中で、同一利用者への支援を行っている訪問看護師との連携は双方の支援に役立つと考えた。定期的実施している既存の訪問看護師のカンファレンスに訪問介護員が参加できないだろうか。カンファレンスの場は連携のしくみの一歩として、訪問介護員と訪問看護師の顔が見える関係づくりや情報共有の場として、有用な手段ではないかと考えた。

連携のためのカンファレンスの重要性について、伊藤（1999）は、専門職間での共有、共通の判断、援助方針の共有を挙げている。しかし、訪問介護員については、「病状悪化を判断する情報がもらえず、状態を連絡しても対応してもらえないことから、専門職に対する不満や不信

1) ケアステーションマナ

2) 沖縄県立看護大学

感を持っている」(原田, 2013) ことが指摘されている。

一方で、訪問介護員として「看護職とは異なる視点の細やかな観察、家事支援を続けながら本人の心を開いてゆくのゆっくり待つ姿勢を持つ」(松本, 2008) との報告がある。さらに、「生活支援では訪問看護師とホームヘルパーが両輪となり、支援を行うべきである」(林, 2003) ことが提案されている。つまり、訪問介護員は多職種との連携に課題があり、生活支援に係る強みを活かした連携を強化していく必要がある。

管理者として訪問介護員と訪問看護師が同じ利用者に対し、各々の専門性を活かした連携を行うことは、介護・看護の相乗効果となり、精神障害者の地域生活が豊かになることが予測された。

本研究を通して、管理者(以下、研究者とする)の役割として、訪問介護員と訪問看護師が顔の見える関係となり、情報共有の場としてカンファレンスが連携の土台になると思われた。そこで、カンファレンスの実践的な取組が必要になると考えた。訪問介護員と訪問看護師のカンファレンスを通じた連携は、精神障害者の地域生活支援の質の向上に寄与すると考えた。そのことにより、訪問介護員は精神障害者への理解が深まり、安心した地域生活支援の実践に繋がる。また、地域生活支援を行う精神科訪問看護師の実践の探求や役割の拡大は、看護観の醸成にもつながり意義がある。

以上のことから、本研究では、精神障害者の生活の場で直接支援を行う訪問介護員と訪問看護師の連携のしくみづくりの一步として役立てるためにカンファレンスを開催し、支援の変化を明らかにする必要があると考えた。

II. 研究方法

1. 研究目的

精神障害者の地域生活支援向上のために、訪問介護員と訪問看護師とのカンファレンスを試み支援の変化を明らかにし、今後の連携に役立てることである。

2. 研究の問い

- 1) 訪問介護員は、どのようなことを連携の課題としているのだろうか。
- 2) 訪問看護師との連携を通して、訪問介護員の支援はどのように変わっているのだろうか。
- 3) 訪問介護員との連携を通して、訪問看護師の支援はどのように変わっているのだろうか。

3. 用語の定義

- 1) 「連携」: 訪問介護員と訪問看護師が担当する利用者(精神障害者)の地域生活支援の向上を目指して、カンファレンスや電話、メール等で互いに情報を共有し役割分担を行い、協力体制を築くこと。
- 2) 「カンファレンス」: 連携の手段の一つであり、研究者がコーディネートした事前ミーティング(研究者、担当訪問介護員、訪問看護主任)から始まり、合同カンファレンスとして、訪問介護員と訪問看護師と

の課題解決に向けた情報共有とディスカッションを行い、支援の方向性を決める場のこと。

- 3) 「訪問介護員」: 介護福祉士(サービス提供責任者)、実務者研修修了者、初任者研修修了者のいずれかの資格を有しており、訪問介護事業所の常勤職員、または登録職員として従事している者。

4. 研究フィールド(法人)の概要

法人は精神科病院を母体とし、複数の病棟(精神科救急病棟等)と訪問看護、精神科デイケア、認知症デイケア等を有している。訪問介護事業所の登録利用者数は約100名で、介護保険法(訪問介護)と障害者総合支援法(居宅介護)に基づいたサービスを提供している。主疾患は、統合失調症が約9割、アルコール性精神病が1割弱である。

5. 研究デザイン

本研究は、研究者により訪問介護員と訪問看護師とのカンファレンス(事前ミーティングと合同カンファレンス)を主催し、その後、両者の支援の変化を確認するためにインタビューを行うアクションリサーチとした。

6. 研究対象

1) 研究参加者

- (1) 研究参加候補者の訪問介護員は、訪問介護事業所に勤務し、精神障害者の訪問介護実践している者で、3名前後を予定した。
- (2) 研究参加候補者の訪問看護師は、病院訪問看護室に勤務し、精神障害者の訪問看護を実践している者で、5名前後を予定した。

2) 選定基準

研究参加者(担当利用者の訪問介護員および訪問看護師)の選定基準は、以下の通りである。

- (1) 研究の趣旨に同意の得られた者であること。
- (2) 精神障害者への居宅介護及び訪問看護の経験が、訪問介護事業所や精神科病院で1年以上の勤務経験のある訪問介護員および訪問看護師であること。
- (3) 精神障害者の地域生活支援において、支援内容を事例ごとに想起し語るができる者であること。

7. データ収集

データ収集および分析においては、研究者自身のカンファレンスや連携に関する個人的な経験や価値観・主観等のバイアスが、カンファレンスのプロセスやインタビューでのデータ収集に反映させないように、以下の点に留意し進めた。

<カンファレンス・インタビュー前>: 研究協力者に対し、本研究は管理者としての業務上の指示ではないこと、研究者の役割として中立な立場のコーディネーターであることや、カンファレンスの目的を明確に伝えた。

<カンファレンス中>: 研究協力者である訪問介護員および訪問看護師のいずれの立場からも発言を抑え、カンファレンスが流れるようにコーディネートに徹した。

<カンファレンス後>: 研究者はインタビューガイド

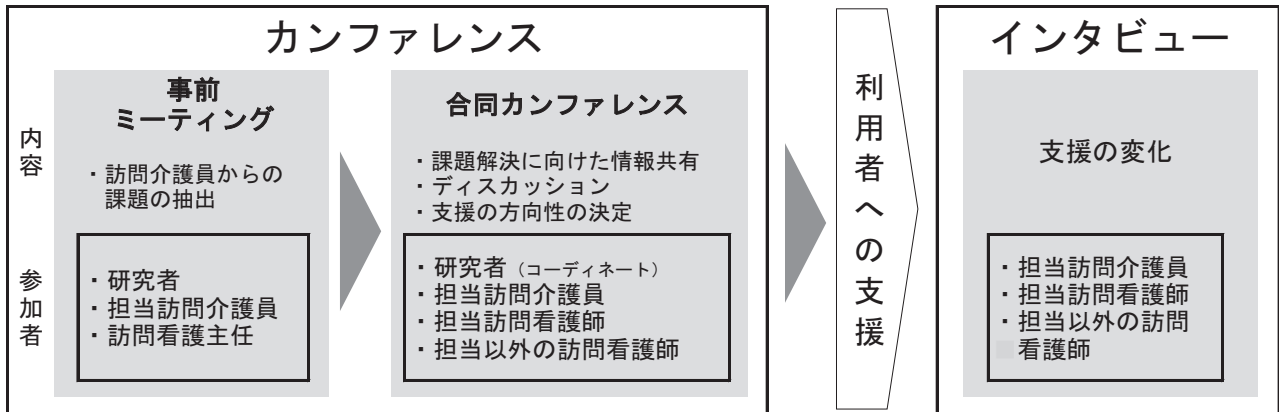


図1 カンファレンスとインタビューによるデータ収集の流れ

に沿って聞き取りを行い、訪問介護事業所内で、管理者（研究者）とスタッフ（研究協力者）間でパワーが働かない配慮として、休憩室や事業所外で実施した。

<インタビュー後>：データが整理できた段階で、紙ベースで起こしたインタビュー内容を研究者が解釈した内容でよいか、研究協力者ごとに、個別に内容について修正がないかを確認してもらった。

1) 訪問介護員と訪問看護師および担当利用者の概要

訪問介護員と訪問看護師の概要は、年代と精神障害者ケア経験年数とした。利用者の概要は、精神障害罹患年数、地域生活支援歴とした。

2) カンファレンスとインタビューによるデータ収集の流れ（図1）

研究者は、文献『ホームヘルプガイドラインに基づく精神障害者のホームヘルプの進め方』に示されている「ケアアセスメント票」を参考に、担当利用アセスメントの理由、本人の意向・希望、ケア必要度について、研究協力者（訪問介護員）に問いかけながら完成させた。次に、訪問看護師とのミーティングや合同カンファレンスに向けて、連携の課題を一緒に検討し明確にした。なお、文献にある「ケアアセスメント票」の本研究での使用については、発行元（精神障害者社会復帰促進センター）より許可を得た。

3) 研究者が、研究協力者（同一担当利用者の訪問介護員と訪問看護師）との連携に向けたカンファレンス（事前ミーティング、合同カンファレンス）を利用者ごとに主催した。研究者は、カンファレンス時のデータをフィールドノートに記録した。また、記入漏れや内容のずれを確認するために、参加者の了承を得てICレコーダーに録音した。

(1) 事前ミーティング（1回につき30分）：担当利用者の訪問介護員と訪問看護師および訪問看護管理者が参加し、ケアアセスメント票を参考に、訪問介護員と訪問看護師が捉えている、地域生活支援で困っている課題（配慮が必要な社会行動、ネガティブな発言等）、支援目標、

連携の必要性、訪問介護員と訪問看護師が捉えている事例の強み（本人の意向：希望、楽しみ、ポジティブな発言、自立生活能力等）を共有するため事前ミーティングを開催し、その内容をデータとした。

(2) 合同カンファレンス（1回につき15～30分）：担当利用者の訪問介護員と訪問看護師、および担当利用者以外の訪問看護師、訪問看護管理者が参加し、連携の課題、ケアの方向性、連携のための役割と責任の明確化について検討した。また、担当利用者以外の訪問看護師（管理者含む）の連携に関する気づいたこと・助言等もらった。合同カンファレンスで共有された内容をまとめ記録しデータとした。

(3) 連携後の支援の変化（1回につき30分）：訪問介護員と訪問看護師へ連携後の支援の変化について、個別にインタビューを行った。その内容は、連携前後の自身の意識や態度、行動に変化があったか、あった場合、それはどのような変化か。担当利用者の変化はあったか（発言、態度、行動）。さらに担当者以外の訪問看護師や管理者からの、今回の合同カンファレンスについての評価と今後の合同カンファレンスに向けた意見を述べてもらった。

4) データ収集期間：2022（令和4）年7月～10月

8. データ分析

- 1) ケアアセスメント票と事前ミーティングから地域生活支援で困っている課題、支援目標、連携の必要性、利用者の強みについて、利用者ごとに個票を作成した。
- 2) 連携に向けたカンファレンスのデータである連携の課題、ケア目的の方向性、連携のための役割と責任の明確化については、利用者ごとに個票を作成した。
- 3) カンファレンスを通じた訪問介護員と訪問看護師、訪問看護管理者の評価として、連携後の支援の変化で得られた個別インタビューとフィールドノートのデータに研究の問いをかけ分析した。研究の問い1) 訪問介護員は、どのようなことを連携の課題としているのだろうか。問い2) 訪問看護師との連携を通して、訪

問介護員の支援はどのように変わっているのだろうか。問い3) 訪問介護員との連携を通して、訪問看護師の支援はどのように変わっているのだろうか。について、連携後の支援の変化のデータから、訪問介護員及び訪問看護師は、連携前後で支援に変化があったか、あった場合、それはどのような変化だったか等をデータから記述的に分析した。

カンファレンスとインタビューによる研究参加者へのデータ収集の流れを記録し、記載されているデータを整理し記述的に分析し、今後の連携のしくみづくりへの展望について考察した。

9. 真実性の確保

利用者ごとの事前ミーティングや合同カンファレンスに参加した訪問介護員や訪問看護師に、研究者が解釈した内容でよいかを確認してもらった（メンバーチェック）。また、分析のすべてのプロセスにおいて、研究指導教員・研究指導補助教員と一緒に、利用者ごとの個票や逐語録を行き来しながら合意に至るまで検討し、研究者による恣意的な解釈がないかを確認しながら進めた。

10. 倫理的配慮

研究協力者へ研究の主旨を口頭と文書で説明し同意を得た。その際、得られた情報は本研究以外で使用されないこと、個人が特定されないように配慮すること、研究に協力を得る際には事前に日程の調整等を十分に行い、業務に支障がないよう配慮することを約束した。なお、本研究は沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会の倫理審査を受審し、承認を得た後に実施した（承認番号22003）。

11. 利益相反

私は、沖縄県立看護大学大学院に所属しており、自事業所では訪問介護事業所の管理者の立場にある。この2つの立場が責務相反になり得るため、研究参加者へは自由意思を尊重し、強制力を与えない配慮をした。

Ⅲ. 結果

1. 研究協力者の概要

1) 訪問介護員の概要

訪問介護員の研究協力者は2名で、その経験年数は4.5年と15年で主に高齢者施設での介護を行っていた。2名とも障害福祉サービスの経験は1.5年から2.5年であり、精神障害者の居宅介護の経験は浅く対象理解や不安を抱えながらの支援を行った。

2) 訪問看護師の概要

病院訪問看護師は13名の参加で、20代から60代であった。精神科看護経験年数は2年から37年、そのうち精神科訪問看護経験年数は、0.5年から15年であった。

2. 利用者ごとの連携の実際

1) 利用者の概要

カンファレンスで検討した利用者は、訪問介護員と訪

問看護師の同一利用者で、障害福祉サービスと精神科訪問看護を受けている4名であった。障害支援区分は2～4で、障害福祉サービスの内容は、主に家事援助であった。4名とも単身生活者で、精神科入院歴は2回～9回となっていた。

2) 利用者ごとの連携の実際（表1）

訪問介護員と訪問看護師との連携のプロセスを4名の利用者ごとに実施した。代表事例として、利用者aについて記す。

(1) 利用者aの連携

事前ミーティングで担当訪問介護員（以下、H-Aとする）が捉えた連携の課題は2点であった。1点目は訪問看護師も同じ利用者の訪問を行っていることは知っているが、担当訪問看護師との面識がなく利用者のことで情報共有ができていないこと。2点目は、長期入院から退院した、初回利用者の関わり方や入院中や退院前の生活状況を知りたいとの課題があがった。

合同カンファレンスの内容では、担当訪問看護師（以下、N-Aとする）N-Aも連携の必要を感じており、連携の方法について話し合った。その結果、①連携の窓口をはっきりさせる。②電話対応は師長または主任が基本行う（訪問看護室待機で外部との調整を行っているため）。③担当や担当以外の訪問看護師に情報が伝わる。伝達手段として、④内線電話で連絡する。⑤各利用者の担当訪問看護師の確認方法は、訪問介護事業所の管理者（研究者）が把握し担当訪問介護員に伝えることを確認できた。

合同カンファレンス後に研究者は、他の同一利用者を確認し、双方の担当者のリストを作成し訪問介護員と訪問看護師で共有をした。情報の共有を支援に活かすため、訪問介護員（H-A）は登録訪問介護員に対話や行動観察について説明をしていた。更に緊急時の対応について、業務用携帯電話の電話番号を双方で共有した。

事前ミーティングで訪問介護員（H-A）が捉えた2点目の連携の課題として、初回の利用者で病気や障害の特性を知るため、直接関わる訪問看護と連携し、利用者への関わり方や入院中・退院前の状況について情報共有をすることで、利用者への支援につなげたいことが挙げられた。

合同カンファレンスの内容では、訪問看護師（N-A）から、今後は訪問介護員も担当者会議のメンバーとして、参加を促していくことが話された。さらに、直接利用者へ関わられる職種がカンファレンスを通して、気軽に情報共有ができる馴染みの関係を作っていくことが地域生活支援には必要であるとの提案もあった。特に利用者aのような事例については、直接訪問看護室を訪ねてもらうことも提案された。合同カンファレンスでは、訪問介護員が困っている利用者の言動や態度、対人関係面など特性と関わり方を説明し、訪問介護員が利用者の生活支援に活かせるよう助言し、生活面での変化を共有できるようにした。

連携後の支援の変化では、訪問介護員（H-A）は、登録訪問介護員へ「利用者の素っ気ない態度は気質で照れ隠しの表現であり、むしろ関心を持ってもらえたことに喜んでいる」ことを伝え、「気にすることなく普通に会

話しても大丈夫だ」ということの説明と、緊急時の対応や相談についても説明が出来た。また、生活支援中につきもと違うと感じた時の情報提供などについて登録訪問介護員へ助言をしていた。

表1. 利用者ごとの連携の実際

* 1 訪問介護員 (H) — ● 担当訪問介護員 (A) a (利用者), * 2 訪問看護師 (N) — ● 担当訪問看護師 (A)

ID	訪問介護員の捉えた連携の課題	合同カンファレンスの内容	合同カンファレンス後の連携の実施
	<ul style="list-style-type: none"> ・H-Aは、訪問看護も同じ利用者の訪問を行っていることは知っているが、担当訪問看護師との面識がなく利用者さんのことでの会話もないため、訪問看護師と連携すること 	<ul style="list-style-type: none"> ・N-Aも連携の必要を感じており、連携の方法について話し合った。結果、①連携の窓口をはっきりさせる。②電話対応は師長または主任が基本行う（詰所持機で外部との調整をおこなっているため）。③担当や担当以外の訪問看護師に情報が伝わる。伝達手段として、④内線電話で連絡する。 ・各利用者の担当訪問看護師の確認方法は、訪問介護事業所の管理者が把握し、担当訪問介護員に伝える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者（研究者）は、H-AとN-Aの同一利用者を確認し、双方の担当者の名簿を作成し訪問介護員と訪問看護へリストを共有した。 ・情報の共有を支援に活かすため、H-Aは（登録）訪問介護員に対話や行動観察について説明した。 ・更に、緊急に連絡を取りたい時のために、業務用携帯電話の電話番号を双方で共有した。
a	<ul style="list-style-type: none"> ・H-Aは、初回利用者で病気や障害の特性など知るため、直接関わる訪問看護と連携し、利用者への関わり方や入院中・退院前の状況の情報共有をすることで、利用者への支援につなげたいこと 	<ul style="list-style-type: none"> ・N-Aからも、担当者会議へのメンバーとして参加を促す。今回の合同カンファレンスでの顔合わせをしながら、気軽に話ができるような、馴染みの関係を作っていくことが必要との提案があった。 ・長期入院者の退院では、入院中の生活習慣や行動パターンなど、ミーティングや合同カンファレンスで、または直接訪問看護室にきて訪ねることもできることが提案された。 ・合同カンファレンスでは、訪問介護員が困っている利用者の言動や態度、対人関係面など特性とかかわり方を説明し、訪問介護員が利用者の生活支援に活かせるよう助言（障害理解を促す）し、生活面での変化を共有できるようにした。 	<ul style="list-style-type: none"> ・H-Aは、利用者の素っ気ない態度は気質で照れ隠し表現であり、むしろ関心を持ってもらえたことに喜んでいることを伝え、気にすることなく普通に会話しても大丈夫だということの説明と、緊急時の対応相談についても説明した。また、生活支援中、いつもと違うと感じた時の情報提供などについて（登録）訪問介護員へ助言をしていた。
b	<ul style="list-style-type: none"> ・H-Aは、利用者の調子のよい状態を継続してもらったために、ケア目標を訪問看護と共有するための具体的な連携方法を検討したい 	<ul style="list-style-type: none"> ・現状の落ち着いた穏やかな状態が継続できるために、訪問看護と訪問介護が、地域生活支援のための支援目標を共有した。しかしH-Aは、どの様とき落ち着いた状態になるのかを知らなかったため、合同カンファレンスで確認ができた。対人関係や家族のことでストレスを抱え飲酒行動に繋がりが、入院するパターンがある。そのため支援の方向性を、ストレスコントロールでき地域生活が継続できることを双方の支援で一致させ実施することになった。 ・H-Aとの関係性から、生活支援面で、対人関係や飲酒行動を防ぎ、本人のストレス緩和に向けて、訪問看護と情報共有し、病状悪化を予防するかかわりが必要となった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンス2日後、看護師から精神的に落ち込むほど衝撃的な出来事で、不安とうつ状態になりかねない現状になっていることを伝えられた。 ・訪問介護員の担当者の変更を見直しすることとした。 ・H-Aは、状態が落ち着いていることで、0/0のサービス時に、（登録）訪問介護員の変更調整の相談をしていたが、利用者の状況変化を受け止め、今回は時期尚早であると判断し、本人のストレスが緩和し解決の糸口がはっきりするまでは、利用者の負担にならないよう対応することと、生活面の変化の気づきは速やかに、訪問看護と情報共有しようとした。 ・H-Aより、合同カンファレンスで利用者起こっている出来事、気持ちの変化を知ることができ、利用者の話を聞くことを大事にしようと思いついて対応している。
c	<ul style="list-style-type: none"> ・H-Bは、無口で無表情、依存が強い利用者からの身体的な訴えへの対応に困っていて、訪問看護師と相談したい 	<ul style="list-style-type: none"> ・N-Bから、精神症状か身体症状か区別がつかないとき、問いかけを変えてみることも状況判断の手段として有効であるため、聞き方の工夫をすること。 ・苦痛の状況判断としては、表情や身なり、動作、などから総合的に判断すること。 ・依存的な面への対応は、できることできないことを、その都度きちんと説明し伝え、距離をとることで、本人のできところが拡大し、依存が減ることを情報共有できた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・H-Bは、腰痛について「今日はいつもに比べたら良い方ですか」など問いかけを工夫することはまだ実践していないが、合同カンファレンス後の週より、買い物に同行するようになっている。様子を見ると、買い物品がこれまで購入していたものと違ってきており、自ら商品を選択している場面があり、総合的に判断することを意識して対応している。 ・H-Bは、コミュニケーションの仕方や観察の仕方を、直接聞くことが出来、支援に活用したいと意欲的になっている。
d	<ul style="list-style-type: none"> ・H-Bは、（登録）訪問介護員から、利用者が病院受診してないことや、精神状態が悪化し独語や大声での暴言があり怖いのでどのように対応したらよいか、と相談を受け返事に困っているため、訪問看護師から助言を得たい 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の訪問看護時の対応では受診遅れしているが、訪問介護員からの利用者の独語や暴言の様子は感じ取れていないが、訪問介護員の関わりからの情報と過去の記録を確認し、病状悪化の兆候と捉えた。 ・利用者（d）は比較的安定していると判断していたが、訪問介護の時間帯での状態に違いがあるため、支援の判断にズレがあったことを共有できた。 ・N-Bから、これ以上悪くならないように10/3の受診には声かけ促しをする。今以上、状態に変化（言動、行動）があった場合は双方で情報共有し対応する。今のところ、幻聴や妄想に完全に左右され、著しい自傷他害や迷惑行為が行動化しているわけではないので、様子を見ながら、受診促しと服薬の必要性の説明で対応する。 ・直近の事案として連携をしていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・H-Bより（登録）訪問介護員へ、合同カンファレンスで訪問看護が受診促しを強化すること、臨時訪問をすること、電話で様子をうかがうことなどの対策をしていることを説明した。（登録）訪問介護員へは、これまで通りの対応で支援しても大丈夫であること。訪問看護も状況を確認しながら様子を見ているので、いつでも相談できることを伝えた。登録訪問介護員は、安心することができ、大声での暴言はあるも、いつも道理の挨拶で支援が始まり、挨拶で終了し、次回の訪問日を確認しながら支援ができていた。とのことであった。また、H-Bは、いつもと違う状況があればすぐに電話連絡するよう伝え（登録）訪問介護員が安心して支援できるよう配慮していた。

3. 研究協力者の変化

カンファレンスを通じた連携後の訪問介護員と訪問看護師の変化、カンファレンスで検討された利用者の変化については、以下の通りであった。

1) 連携後の訪問介護員の変化（表 2）

訪問介護員の変化は、【利用者の個別性を活かした自立支援の推進】と【精神障害者への専門職としての役割の発揮】の2つのカテゴリーが抽出された。

(1) 利用者の個別性を活かした自立支援の推進

【利用者の個別性を活かした自立支援の推進】には、《精神障害に伴う言動や態度を理解し、ストレスを与えない配慮をするようになった》、《病歴を把握することで安心し、積極的に会話ができるようになった》、《利用者の性格や習慣等を踏まえ、個別性・自立性を大事にするような支援になった》の3つのサブカテゴリーがあった。

《精神障害に伴う言動や態度を理解し、ストレスを与えない配慮をするようになった》のキーセンテンスとしては、《精神障害者の特性を知らず、寝ていることに対して、単に怠けているだけだと捉えていたが、訪問看護師から、利用者の対人関係での癖や病気で無気力になること、その関わり方の助言を受けることで、無理を言わずに対応しようと考えられるようになった（H-A）》等があった。《病歴を把握することで安心し、積極的に会話ができるようになった》のキーセンテンスとしては、《長期入院していた精神障害者（a）との関わりは不安だったが、訪問看護師から過去の入院中の様子等を聞くことで、安心して声掛けをすることができ、積極的にコミュニケーションが図れるようになった（H-A）》等があった。

《利用者の性格や習慣等を踏まえ、個別性・自立性を大事にするような支援になった》のキーセンテンスとしては、《訪問介護員として、調理、掃除、洗濯等の生活支援や身体介護に加え、利用者本人の自発性が出てきて生活が楽になるような自立を意識した関りをするのが明確になり、利用者各々に合った関り方を意識して考えるようになった（H-A）》等があった。

(2) 精神障害者への専門職としての役割の発揮

【精神障害者への専門職としての役割の発揮】には、《利用者の精神症状や支援内容を訪問介護員間で共有することが増えてきた》、《訪問看護師の内服や疾患管理の役割を理解し活用できるようになった》の2つのサブカテゴリーがあった。

《利用者の精神症状や支援内容を訪問介護員間で共有することが増えてきた》のキーセンテンスとしては、《訪問看護師からの利用者の精神的な落ち込みと不安があるという情報について、訪問介護員同士で、合同カンファレンスの情報を共有するようになった（H-A）》等があった。

《訪問看護師の内服や疾患管理の役割を理解し活用で

きるようになった》のキーセンテンスとしては、《同じ利用者を担当している訪問看護師の役割がイメージできなかったが、合同カンファレンスを通して疾患管理や内服支援等の役割が具体的に理解できるようになった（H-A）》等があった。

2) 連携後の訪問看護師の変化（表 3）

訪問看護師の変化は、【アセスメントを見直し生活者としての関わりの強化】と【訪問介護員の強みを活かした看護の役割の推進】の2つのカテゴリーが抽出された。

(1) アセスメントを見直し生活者としての関わりの強化

【アセスメントを見直し生活者としての関わりの強化】には、《リアルな情報をキャッチし、アセスメントに加えるようになった》、《生活に関心を向け話題にすることで、訪問看護がしやすくなった》の2つのサブカテゴリーがあった。

《リアルな情報をキャッチし、アセスメントに加えるようになった》のキーセンテンスとしては、《利用者dの買物や清掃等の生活支援の情報を共有できたことで、訪問看護師として、利用者の生活に関する行動を具体的に知ることができ、生活面を向上させるためにどうすればよいのかを考え、アセスメントに繋げるようになった（N-A）》等があった。

《生活に関心を向け話題にすることで訪問看護がしやすくなっている》のキーセンテンスとしては、《訪問介護員と一緒に掃除していること等の生活面への情報を聞き、訪問看護時にも生活面に関心をもち話題にすることで利用者との会話が増え、利用者から直接、話を聞くことが増えてきた（N-E）》等があった。

(2) 訪問介護員の強みを活かした看護の役割の推進

【訪問介護員の強みを活かした看護の役割の推進】には、《訪問介護員の役割を理解し顔なじみになり活用するようになった》、《訪問介護員と共有した情報をタイムリーに訪問看護に活かすようになった》の2つのサブカテゴリーがあった。

《訪問介護員の役割を理解し顔なじみになり活用するようになった》のキーセンテンスとしては、《利用者は訪問看護師には取り繕っているような態度や返事をすることがあるので、訪問看護で感じた違和感を確認したいときには、合同カンファレンスで顔見知りになった担当訪問介護員の顔が浮かび連絡がしやすくなった（N-F）》等があった。

《訪問介護員と共有した情報をタイムリーに訪問看護に活かすようになった》のキーセンテンスとしては、《訪問介護員の情報から利用者dの幻聴や暴言等精神症状の悪化が分かり、受診促しを積極的行うことの判断につながった（N-A）》等があった。

表2. 連携後の訪問介護員の変化

キーセンテンス	サブカテゴリー	カテゴリー
<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者の特性を知らず、寝ていることに対して、単に怠けているだけだと捉えていたが、訪問看護師から、利用者の対人関係での癖や病気で無気力になること、その関わり方の助言を受けることで、無理を言わずに対応しようと考えられるようになった(H-A) ・病気の特徴を理解しないままに支援していたが、病気に伴う幻聴、妄想等と身の回りの調理、掃除、他者との関り等が関連していることを知り、利用者の言動や態度等を理解した上で支援ができるようになった(H-A) ・利用者(a)は人とかかわりが限られた中でコミュニケーションを行っていることがわかり、担当訪問介護員として、実際に訪問することの多い登録訪問介護員に、利用者の素っ気ない態度は照れでもあるので、「訪問介護員を受け入れていないという心配はしないで良い」ということを助言できた(H-A) ・利用者(b)に受け入れてもらえないことに不安を覚えていたが、合同カンファレンスを通して、利用者への関わり方の方向性として、本人が受け入れるまでは無理強いせず、焦らずに待つことの重要性を知ることができ、同様な利用者がいた場合に役立てようと考えられるようになっていった(H-A) ・利用者(b)の急激な落ち込みの要因を知らずに対応方法に戸惑っていたが、訪問看護師からの情報で落ち込みの要因を知ることが出来、ストレスを与えないよう配慮を行えるようになった(H-A) ・担当訪問介護員として、登録訪問介護員に対し、合同カンファレンスで得られた、訪問看護師は受診促しを強化し臨時訪問で服薬の必要性を話す等、利用者(d)の状態を確認しながら対応する方向性を共有した(H-B) ・利用者(c)の合同カンファレンスで訪問看護師も居室内には入れないことは普通の行動だと理解できたので、訪問介護員として掃除支援ができていないことにこだわる代わりに拒否している時は無理強いをしない対応が良いことが理解でき見守りができるようになっていった(H-B) ・執拗に要求してくる依存性な利用者(c)に対し、どのように対応してよいかわからず戸惑うことがあったが、訪問看護師の対応を共有し、焦らず話を聞き受け止めながら、支援できることとできないことの原因や利用者自身ができるための手順など聞き、丁寧に何度も繰り返し説明をすることができた(H-B) 	<p>精神障害に伴う言動や態度を理解し、ストレスを与えない配慮をするようになった</p>	<p>利用者の個別性を活かした自立支援の推進</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・長期入院していた精神障害者(a)との関わりは不安だったが、訪問看護師から過去の入院中の様子等を聞くことで、安心して声掛けをすることができ、積極的にコミュニケーションが図れるようになった(H-A) ・合同カンファレンス後から、利用者(c)のコミュニケーションの仕方や距離の取り方を学び、精神障害を理解し支援に活かすことを意識するようになった(H-B) ・利用者の腰痛の状態を確認する声かけとして、訪問看護からの助言を踏まえて「今日はいつにも比べて良い方ですか」と声掛けの仕方を意識して関わるようになった(H-B) 	<p>病歴を把握することで安心し、積極的に会話ができるようになった</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護員として、調理、掃除、洗濯等の生活支援や身体介護に加え、利用者本人の自覚性が出てきて生活が楽になるような自立を意識したかかわりをするのが明確になり、利用者各々に合ったかかわり方を意識して考えるようになった(H-A) ・内服や疾患の管理をしている訪問看護師の発言を聞いて、訪問介護員の役割は日常生活の中での利用者の生活の変化を気に掛け支援することの大事さを再認識できた(H-A) ・訪問介護で利用者(a)が、初回訪問時から素っ気ない態度で無視しているように感じ話をするに躊躇していた。しかし、合同カンファレンスで、利用者は人とかかわりを煩わしそうに見えるが、嫌がっているのではないことを聞き、素っ気ない態度を気にしない関わり方に変えることが出来た(H-A) ・訪問看護師から利用者(c)は病気の症状としての依存性や自閉性、病気をする前の背景などに合わせて、声掛けの仕方も使い分けて対応しているとの情報があったので、病状を理解することができた(H-B) ・訪問看護師から利用者(c)の病気の特徴として自閉的で他者との関りを好まないこと、理解し行動するのに時間がかかること、人に頼りすぎること、病気前の背景等の情報を共有したことで、訪問介護にも活かすことを意識するようになった(H-B) ・精神障害者であっても性格や習慣等の個性を大事にすることを知ったため、利用者(a)の生活支援では身辺の変化にも気を付けるようになっていった(H-A) ・利用者(a)が素っ気なく無視しているように感じる事が多く、苦手に感じていたが、一人で回転ずしを食へに行く行動力があつたことを強みとして捉えることができるようになった(H-A) 	<p>利用者の性格や習慣等を踏まえ、個性・自立性を大事にするような支援になった</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師からの利用者の精神的な落ち込みと不安があるという情報について、訪問介護員同士で、合同カンファレンスの情報を共有するようになった(H-A) ・利用者(a)の生活状況で変化がないが、実際に訪問することの多い登録訪問介護員にはこまめに確認するようになっていった(H-A) ・登録訪問介護員に対し、利用者(d)はしばらく様子を見て大丈夫ということ、いつもと違う状況があればすぐに電話連絡するように指示する等、対応が早くなっていった(H-B) ・これまでのモニタリングや会議と違って、合同カンファレンスでは直接支援する訪問系の職種が連携することが出来たので、情報共有が密になりよかった(H-A) 	<p>利用者の精神症状や支援内容を訪問介護員間で共有することが増えてきた</p>	<p>精神障害者への専門職としての役割の発揮</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・同じ利用者を担当している訪問看護師の役割がイメージできなかったが、合同カンファレンスを通して疾患管理や内服支援等の役割が具体的に理解できるようになった(H-A) ・登録訪問介護員から利用者(d)の独語がひどく急に大声で怒鳴ることへの対応について、相談された際返答に困った。しかし、合同カンファレンスで訪問看護師が相談先として活用できることを知ったので、訪問介護の管理者に合同カンファレンス開催の調整を依頼した(H-B) ・利用者(d)の服薬支援について、合同カンファレンス後は、訪問看護師が服薬についても気軽に相談しやすい存在であることを知っていたので、担当訪問介護員からの報告を受けるとすぐに訪問介護の管理者に報告し、訪問看護師への情報共有がスムーズにできるようになった(H-B) ・利用者のことで普段気になっていることが、合同カンファレンスでは直接、訪問看護師と相談や確認ができ、利用者の支援に早く役に立てることができるようになった(H-A) ・お互いに同じ利用者の支援をしている訪問系職種の顔が見え、馴染みの関係が取れたことはとても良かった(H-A) ・訪問看護師から、待つことや無理強いをしない、対人関係の癖、調子を崩しそうな状況時の声かけ方等を丁寧に教えてもらったので、利用者の特性に合わせて対応するきっかけになれ、支援に役立つことを実感した(H-A) ・これまで知らなかった利用者の特性や関わり方、距離の取り方、病前の特徴的な背景などをきちんと聞くことができ、精神障害者への関わり方を理解することができて良かった(H-B) ・訪問介護員の苦手の内服管理や症状に対する向き合い方や教育的なかかわり、主体性を引き出すための距離の取り方等が、理解できたのはすごく良かった(H-B) ・訪問看護師からの助言で、落ち着かない利用者との距離の取りや声かけの仕方が訪問介護に活かせることが多くあったことから、合同カンファレンスの必要性や自分自身の勉強不足を実感できたので、参加してよかった(H-B) 	<p>訪問看護師の内服や疾患管理の役割を理解し活用できるようになった</p>	

表3. 連携後の訪問看護師の変化

キーセンテンス	サブカテゴリー	カテゴリー
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者（d）の買物や清掃等の生活支援の情報を共有できたことで、訪問看護師として、利用者の生活に関する行動を具体的に知ることができ、生活面を向上させるためにどうすればよいのかを考え、アセスメントに繋げるようになった（N-A） ・連携前は利用者（d）は比較的稳定していると判断していたが、訪問介護の時間帯と状態に違いがあるため、支援の判断にズレがあったことを共有できた（N-A） ・精神的ストレスを溜めやすい利用者（b）は、ストレスがかかると飲酒行動をし再入院を繰り返していたが、合同カンファレンスで精神的に落ち込むほどの衝撃的なできごとが発生したことを情報で知ることができた（N-A） ・訪問介護のことは勉強不足で、訪問介護員の支援内容や困りごと等を知らなかったが、訪問看護時とは違う利用者（d）の生活面として、臥床が続き、掃除をしなくなり、独語や暴言が出てきたことを知ることで、受診を早期に促すかかわりに変わった（N-C） ・利用者（a）の部屋がきれいだったことは、訪問介護員が家事支援していたことを合同カンファレンスで共有したことで理解することが出来、看護師としてのアセスメントが変わった（N-C） ・訪問看護では見えにくい利用者（d）の生活の情報的重要性を意識し、訪問介護時と訪問看護時の状態の変化に気づいた時点で、アセスメントをし直し速やかな対応を取る必要があることを理解した（N-G） ・訪問看護師が見えていない利用者の生活面でのよい所（子どもの世話等）を訪問介護員はすくく見ているので、今回の合同カンファレンスは、今後の私自身の訪問看護の支援の変化に繋がっていくと感じた（N-I） ・利用者（b）は、以前は自分は何でもできるという態度に見え強気な部分しかとらえきれいなくなっていたが、合同カンファレンスでの訪問介護員からの情報で、子どもたちと離れた生活してから寂しそうにしているということを知り、対象の捉え方が変わった（N-J） ・今まで何気なく訪問介護員が入って気持ちが良いことを感じていたが、合同カンファレンスであらためて訪問介護員が家事援助することで、生活環境が良くなるのでとても環境が整うことは大事なことがわかり、訪問時には環境を見逃さないできちんと観察する必要性に気付いた（N-K） ・訪問介護員には、利用者ではできないところを含めてありのままの姿を見せることをした。訪問看護でも取り繕っている姿の変化を見逃さないように掘り下げて把握する様に視野が広がった（N-L） ・訪問看護師には見えていなかった訪問介護員の独語、暴言等の情報は重要だったので、アセスメントを見直す必要性を感じた（N-L） 	<p>リアルな情報をキャッチし、アセスメントに加えるようになった</p>	<p>アセスメントを見直し生活者としての関わりの強化</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護員と一緒に掃除していること等の生活面への情報を聞き、訪問看護時にも生活面に関心を持ち話題にすることで利用者との会話が増え、利用者から直接、話を聞くことが増えてきた（N-E） ・利用者について、訪問介護員からの生活場面の様子を直に聞く機会になり、自宅で過ごす利用者の顔や様子がイメージしやすく訪問しやすくなった（N-F） ・合同カンファレンス前は知らなかった利用者の趣味やよく観ているテレビ番組や好んで聞いているCD、出入りしている友人関係等が合同カンファレンスで共有され、利用者の生活状況を具体的に知ることができ、訪問看護での会話や情報収集に活かすことができた（N-H） ・訪問看護では捉えきれいなくなっていた洗剤の使用方法等の生活面での困りごとを合同カンファレンスで具体的に共有することができ、訪問看護の際に、関連付けて会話をすることが出来るようになった（N-H） ・合同カンファレンスでは、利用者を理解するのに訪問看護師が見えている医療的面だけでなく、生活面にも視野も広げる大事さがわかったので、対象理解や訪問看護での支援に役立てられる（N-J） ・訪問介護員も訪問看護師も多様な方向から利用者を見る事ができるので、合同カンファレンスは、利用者の地域生活の改善につながると感じた（N-M） 	<p>生活に関心を向け話題にすることで、訪問看護がしやすくなった</p>	<p>訪問介護員の見直し生活者としての関わりの強化</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者は訪問看護師には取り繕っているような態度や返事をすることがあるので、訪問看護で感じた違和感を確認したいときには、合同カンファレンスで顔見知りになった担当訪問介護員の顔が浮かび連絡がしやすくなった（N-F） ・訪問介護員と顔なじみになれたことで、訪問介護員との連携を意識化することができ、外で見かけたときに声をかけをしたり、情報交換がしやすくなった（N-G） ・訪問介護員が担当の利用者（d）と関わっていることを知っていたが、今回の合同カンファレンスで、訪問介護員がどのような流れでどのような役割を担っているのかわかることができ、訪問介護員の情報や役割に興味をもつことができた（N-C） ・訪問介護員との情報共有は意識していなかったが、合同カンファレンスを通して、訪問介護と訪問看護の支援目標は同じだと思うので、互いの専門性を活かしてサポートしていくことを意識するようになった（N-L） ・合同カンファレンス前までは訪問看護師と訪問介護員とは直接顔合わせすることがなかったので、合同カンファレンスを通して、訪問介護員と顔の見える関係性が持て、信頼関係が出来るようになった（N-M） ・これまで行われていなかった訪問介護員との合同カンファレンスを実現したことで、訪問介護員の顔が見える繋がりになり、訪問看護師として連携が取りやすくなった（N-D） 	<p>訪問介護員の役割を理解し顔なじみになり活用するようになった</p>	<p>訪問介護員の強みを活かした看護の役割の推進</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護員の情報から、利用者（d）の幻聴や暴言等精神症状の悪化が分かり、受診促しを積極的に行うことの判断につながった（N-A） ・合同カンファレンスでの検討を踏まえて幻聴や暴言があるにもかかわらず外来受診が遅れている利用者（d）に、自発的に受診をするよう積極的な声掛けを、タイミングよく行うことができた（N-A） ・利用者（d）は訪問看護師には会話や内服しなくても落ち着いている等の取り繕っている状態しか見えず大丈夫だろうと判断していたが、訪問介護員からの生活面で掃除をしなくなったり、独語や暴言の言動を共有したことで、受診の遅れを先送りしては良くないことを判断することができ積極的な受診促しができた（N-A） ・訪問看護師として受診遅れの利用者（d）の情報共有後は、毎日受診の促しの電話や、受診前の週には臨時訪問を行い、服薬と受診の必要性を説明し自発的に受診することを促した（N-A） ・利用者（d）の全体像を捉えたアセスメントが変化した結果、早期受診につなげるための電話誘導や臨時訪問を積極的に行え、そのことを訪問看護師内でも利用者の支援内容として情報共有ができた（N-E） ・利用者について、訪問看護師と訪問介護員で情報共有することで、支援しやすくなりタイムリーに対応できていると感じる。その結果、利用者の変化はタイムリーで適切な判断の支援で、安心していつものように地域生活を続けられていると感じる（N-D） ・合同カンファレンスを通して、訪問介護員からの利用者（d）の情報が、独語や暴言の兆候に結びついたため、訪問看護師として受診促しや臨時訪問で対応することができた（N-G） ・合同カンファレンス前までは、訪問介護員も訪問看護師も、互いに利用者のこだわりで他者を居室内には入れずに玄関先で対応をしていることを知らなかったが、合同カンファレンスで共有し今後の対応を一緒に検討することができた（N-A） ・合同カンファレンスをしたことで、依存心が強く自分の思いが表出しづらい利用者の対応に、訪問介護員も同じ思いで悩んでいる気持ちを共有することができ、互いに情報交換することが大事なことに気付かされた（N-I） ・合同カンファレンスで、利用者は問看護師と訪問介護員によって対応が違うことを理解できたので、訪問介護員に支援の内容を確認し、訪問介護員がかかわりやすいように、急に大声出したり、暴言をはかれないように声をかける必要性を感じた（N-L） ・合同カンファレンスを通して訪問看護師と訪問介護員が情報を共有し、利用者の支援の方向性を確認し合って支援につなげていたことは、両者に変化していると感じた（N-D） 	<p>訪問介護員と共有した情報をタイムリーに訪問看護に活かすようになった</p>	<p>訪問介護員の強みを活かした看護の役割の推進</p>

4. 今後の連携の課題

今後の課題として、訪問介護員と訪問看護師の各々から【ルール化したカンファレンスの定期開催】と【タイムリーな情報共有の推進】の2つのカテゴリーが抽出された。

1) ルール化したカンファレンスの定期開催

【ルール化したカンファレンスの定期開催】には、《利用者に関する看護・介護の情報共有を積極的に行う必要がある》、《日程や進め方等のルールを決め定期的に開催していく必要がある》の2つのサブカテゴリーがあった。

《利用者に関する看護・介護の情報共有を積極的に行う必要がある》のキーセンテンスとしては、訪問介護員からは「精神障害者の対応に不得手を感じている訪問介護員も、合同カンファレンスは刺激になり精神障害者の地域生活支援にもっと関心が高まると思うので、お互いに遠慮なく話し活発になる内容や進め方が課題である(H-A) >等が、訪問看護師からは「服薬中断していた利用者の今後の経過等についての情報共有を積極的に行うことで、他のスタッフも行動化につながるの、率先して行う必要がある(N-A) >等があった。《日程や進め方等のルールを決め定期的に開催していく必要がある》のキーセンテンスとしては、訪問看護師からは「合同カンファレンスを定着させるためには、あらかじめ日程を決めて、定期開催をしていくことが必要と思う(N-B) >等があった。

2) タイムリーな情報共有の推進

【タイムリーな情報共有の推進】には、《継続のために短時間でタイムリーに開催していく必要がある》と《状況に応じて臨機応変に開催する必要がある》の2つのサブカテゴリーがあった。

《継続のために短時間でタイムリーに開催していく必要がある》のキーセンテンスとしては、<今後も連携は必要と思うが、課題は、具体的にどの様な方法が連携の継続につながるかということ。担当者間で直接電話のやり取りを行い情報交換することは、タイムリーに連携ができると思う(N-E) >等があった。

《状況に応じて臨機応変に開催する必要がある》のキーセンテンスとしては、<お互いの専門が違うので見えない部分を共有するためにも、月に数回や、緊急で必要と感じた時に開催できたらよい(H-A) >等があった。

IV. 考察

本研究において、カンファレンスを開催することで、訪問介護員と訪問看護師の支援に変化がみられ、今後の展望を検討することができた。

1. 訪問介護員による自立支援と役割発揮

訪問介護員は、利用者の自立を促し生活を維持・向上させる支援を目指している。しかし、精神障害者の抱える病気の特性や関わり方について理解を深める上乗せ研

修もないまま支援を行うことが多い。また、生活に密着していることから妄想の対象となりやすく、暴言を吐かれ不安な気持ちを抱きながら関わったり、相談先がわからず一人で抱え込み疲弊する訪問介護員もいた。先行研究においても訪問介護員の精神障害者支援の困難感の報告があり、井倉ら(2015)は、「関係づくりに苦勞する、コミュニケーションの取り方がわからない、状態の変化が激しい、相談できる専門職がない」ことを指摘している。一方で、困難感等を解決するための連携として、松下(2017)は、「当事者同士が意見交換できる場が不可欠で、活動を進める基盤」の必要性が示されている。このことから、訪問介護員には、精神疾患や精神障害の知識や特徴的なコミュニケーションを学ぶ機会を設ける必要があると考える。

本研究で、訪問介護員は初めて訪問看護師との合同カンファレンスに参加し、《精神障害に伴う言動や態度を理解しストレスを与えないよう配慮をするようになった》等の【利用者の個別性を活かした自立支援の推進】が導き出され、訪問介護員の役割発揮や連携の推進が示唆された。また、訪問介護員から、《利用者の精神症状や支援内容を訪問介護員間で共有することが増えてきた》等の【精神障害者への専門職としての役割の発揮】への変化がみられた。カンファレンス後、訪問介護員は訪問看護師とのタイムリーな情報共有や相談から、利用者の困りごとについて、双方で情報を共有し関わることの必要性を意識化し、気になることについてこまめに管理者へ報告を行う行動の変化や、登録訪問介護員からの相談にも自信をもって対応できるようになっている。訪問介護員の支援の変化から明らかになったように、カンファレンスは情報共有の場にとどまらず、課題解決の場、対応力や観察力、それを活かした支援の発揮につながる場、訪問看護師との顔なじみになる場となっていたことが推察された。

カンファレンスを通して訪問介護員は、利用者の精神障害に伴う言動や態度の理解が深まり、精神障害者の表面に現れている部分以外の見えない部分にも関心を持ち課題を意識するようになっていく。精神障害者の訪問介護の生活支援の目的を意識し、実践の中で手応えを実感することで、目の前のサービスを淡々とこなすのではなく、利用者との関わりに関心が高まり、生活支援の役割を発揮することで、利用者の自立支援に役立ち、利用者の自立支援を意識した訪問介護員の役割発揮が可能になると示唆される。

このことから、訪問介護員はカンファレンスを通して、精神障害者の病気や支援について理解を深めることができ、自己の訪問介護実践のスキル向上と自立支援への自信に活かすことができると考える。

2. 訪問看護師による生活者としての関わり強化

本研究の訪問看護師は独立型の訪問看護ステーションではなく、精神科病院内の訪問看護室所属のため、主に

入退院を繰り返す利用者の疾病管理を中心に訪問看護の実践をしている。先行研究において、精神科病院の連携で看護師が得た学びとして、笹本ら(2015)は「地域生活を支える視点の脆弱性の認知や多角的視点による患者理解の深化等」を挙げ、これらの学びは「看護の専門性を高めるとともに連携を形式的から機能的に移行することを促進し、専門性を超えたケアの提供への取組を生起すること」を示唆している。

本研究において訪問看護師は、訪問介護員とのカンファレンスから、【アセスメントを見直し生活者としての関わりの強化】へと変化していた。先行研究で訪問介護員の強みとして、「看護職とは異なる視点の細やかな観察、家事支援を続けながら本人の心を開いていくのをゆっくり待つ姿勢等、ホームヘルパーからは学ぶことが多かった(松本, 2008)」ことが報告されている。本研究での訪問看護師による生活情報を含め全体像を捉えたアセスメントと支援は、利用者の生活の質向上に寄与することが期待されることから、訪問介護員の強みを活かしていく必要がある。

また、【訪問介護員の強みを活かした看護の役割の推進】でみられた訪問介護員の生活に関する情報や支援の推進は、本来は看護師の「療養上の世話」として内包される機能である。國松(2015)は、「看護職にしかできない役割を担いながらも、療養上の世話という視点で介護職をみることも常に必要である」と述べ、「介護職は看護処置ができないことから、生活援助中心の関わりとなる。毎日個々の利用者に関わる中で、身体面・心理面・社会面の多くの情報を入手し、生活に根付いたケアが提供できることは、介護職の大きな役割となる」と指摘している。

以上のような結果や先行研究から、訪問看護師では見えづらい生活面の訪問介護員の気づき・情報のアセスメントに加え、精神障害者の地域生活支援につなげ、その人の生活を豊かにする支援が重要であると思われる。訪問看護師と訪問介護員の双方の専門職としての役割が重なり合うことで、利用者の生活の質の維持・向上につながることを示唆された。

このことから、訪問看護師はカンファレンスを通して、地域生活を時間軸の変化(多面的)で捉えることに繋がり、生活支援のアセスメントに活かすことが可能となる。

3. カンファレンスを活かした連携への展望

研究者は地域で生活する精神障害者は、病気と障害による生活のしづらさを抱えながらも、自分らしく生きる努力をしていると捉えている。精神障害者に寄り添い共に生きる伴走者となり生活を豊かにする支援をしていく必要があり、そのためには、訪問介護員と訪問看護師のカンファレンスを活かした連携の推進は重要である。先行研究において、精神障害者に関わる訪問介護員からの要望として「ケース会議を定期的で開催し困難なケースの検討ができること等(及川, 2008)」が報告されてい

る。また、精神障害者の退院や地域生活移行の促進により、訪問介護員や訪問看護師の需要が広がり、役割発揮が求められている。特に精神障害者は環境の変化や対人関係などの要因により病状への影響を与えやすく、医療と生活のニーズに対応できる専門職間の連携の強化は重要である。今後も、カンファレンスを活かした連携を推進するための展望を描く必要がある。そのためには、今回のカンファレンスの試みとその成果である訪問介護員と訪問看護師の支援の変化、および利用者の変化を根拠として推進していく必要がある。

カンファレンスの効果として、細田(2003)は「各々の職種が情報提供や意見の提示を求められることにより、自らの患者への貢献を自覚し責任を持つようになる」ことを指摘している。また、國松(2015)は「看護職にしかできない役割を担いながらも、療養上の世話という視点で介護職に意見を求め、お互いの業務の専門性を認め合うことがよりよい連携へつながる」ことを報告している。実際、本研究におけるカンファレンス後の変化として、訪問介護員からは、【利用者の個性を活かした自立支援の推進】と【精神障害者への専門職としての役割の発揮】、訪問看護師からは、【利用者のアセスメントを見直し生活者としての関わりの強化】と【訪問介護員の強みを活かした看護の役割の推進】が導かれた。これらの結果は、先行研究が指摘する、利用者への貢献や責任、互いの役割(業)の認め合いなどと類似しており、カンファレンスを活かした連携の必要性は高いと考える。

カンファレンスの過程を構成する因子として、上原ら(2006)は、「利用者の現在の生活状況を把握できた等の“生活の多面的理解”、他の専門職の視点を理解することができた等の“相互理解によるネットワーク形成”、支援者間の連絡方法が明確になった等の“連携方法の具体化”」を挙げているが、これらに関連する内容は本研究のカンファレンスを通じた訪問介護員と訪問看護師の支援の変化の結果とも一致する。一方で、上原ら(2006)は、「支援計画に利用者の希望が反映された等の“当事者の参画”」も挙げている。カンファレンスへの精神障害の当事者の参画は、「問題が明確化され、自己の問題に向き合うことができ、問題解決が図られた事例があった(谷中ら, 2006)」との報告もある。今後、本研究で行った専門職種間のカンファレンスを安定化させていくことは大切なことであるが、次のステップとして、生活モデルの視点からも、カンファレンスに当事者の参加を検討していく必要がある。

4. 研究の限界と課題

本研究の限界は、連携後の反応について、訪問介護員と訪問看護師からのインタビューであり、直接利用者本人からの聞き取りをしていないため、当事者の視点からのカンファレンス後の評価としては客観性に乏しいことである。また、カンファレンス後のインタビューでは、研究者が同じ法人に所属し管理者の立場にいるため、研

究参加者（特に訪問介護員）にパワーがかからないように配慮したが、肯定的な意見のみがフィードバックされた可能性も否定できない。

今後の課題は、研究方法として、カンファレンス開催の具体化にむけて、主催者（コーディネーター）を、中堅やベテランクラスの訪問介護員や訪問看護師に移行することや、利用者の参加により支援の受け手である利用者の声から他者評価を行うことである。

V. 結論

1. 訪問介護員と訪問看護師とのカンファレンスを開催することができたのは、訪問介護事業所に看護師が勤務したことで連携の必要性に気づき実践に活かすことができた。
2. カンファレンス後の支援の変化として、訪問介護員には、【利用者の個別性を活かした自立支援の推進】と【精神障害者への専門職としての役割の発揮】により、精神障害者に対する地域支援の役割意識が向上した。
3. 訪問看護師には、【アセスメントを見直し、生活者としての関わりの強化】と【訪問介護員の強みを活かした看護の役割の推進】により、連携の要となる役割拡大を意識した。
4. 訪問介護と訪問看護師の連携による支援の変化は、利用者の地域生活を維持、継続する支援となった。
5. カンファレンスを活かした連携への展望として、【ルール化したカンファレンスの定期開催】と【タイムリーな情報共有の促進】により、双方が情報共有を支援に活かす必要性をカンファレンスの実践的取り組みの中で実感した。
6. 訪問介護員と訪問看護師、両職種間のカンファレンスは、精神障害者の地域生活の維持、向上に寄与する効果的な手段であった。

謝辞

本論文は2022年度沖縄県立看護大学博士前期課程の課題研究の一部を加筆修正したものである。本研究を実施するにあたり、沖縄県看護学術振興財団より、助成を受けて実施しました。研究助成金を受け取ることで研究環境を整え研究に集中することができました。本研究で得られた結果を今後の看護への示唆とし、看護の質の向上に努めていきます。ご協力いただきました研究協力者の皆様に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 原田小夜, 山根寛. (2013). 精神障害者の在宅生活支援におけるホームヘルパーのケア困難感と多職種連携の課題. 精神障害とリハビリテーション, 17(1), 50-59.
- 林裕栄, 渡邊敦子, 小田心火. (2003). 在宅精神障害者

への訪問看護とホームヘルプサービスの協働に関する一考察. 埼玉県立大学短期大学部紀要, 5, 23-31.

- 細田満和子. (2002). 「チーム医療」の理念と実現－看護に生かす医療社会学からのアプローチ－, 初版. 東京: 日本看護協会看護協会.
- 井倉一政, 宮越裕治, 西出りつ子, 他. (2015). 地域における精神障害者に対する訪問支援者の実態に関する調査. 三重看護学誌, 17(1), 13-22.
- 伊藤淑子. (1999). ケアカンファレンス実践ハンドブック－体力のある地域チームづくり－, 第1版, 東京, 看護の科学社.
- 國松秀美. (2015). 医療・介護現場における看護職と介護職の協働に関する研究の動向. 聖泉看護学研究, 14, 77-82.
- 松本昌子. (2008). 精神障害者の地域での生活を支える, 福生市が行なったホームヘルプサービスの取り組みから, 訪問看護と介護, 13(8), 680-685.
- 松下光子, 石川かおり, 葛谷玲子, 他. (2017). 「保健・医療・福祉が連携した精神障がい者の地域生活支援体制のあり方」の6年間の取り組みと成果. 岐阜県立看護大学紀要, 17(1), 131-136.
- 名城健二, 久貝興徳, 國吉和子ほか. (2009). 沖縄における精神障害者ホームヘルプサービスの現状と課題. 地域研究, (5), 55-60.
- 及川三枝子, 遠矢福子, 橋本みゆき. (2008). 精神障害者ホームヘルプサービスに対する教育支援体制の充実化. 臨床看護, 34(3), 406-414.
- 笹本美佐, 岡崎明子, 追中敏孝, 他. (2015). 精神科病院において多職種連携で行う統合失調症患者への退院支援で看護師が得た学び, 日本赤十字広島看護大学紀要, 15, 21-29.
- 谷中加奈子, 高木みどり, 堀江美雪, 他. (2006). 患者参加型カンファレンスによる問題解決のプロセスに関する研究. 日本看護学会論文集 精神看護, 37, 253-255.
- 上原久, 野中猛. (2006). ケアカンファレンスを構成する因子構造の探索. 日本福祉大学社会福祉論集, 115, 129-136.

Cooperation utilizing conferences between visiting care-givers and visiting nurses to improve community life support for mentally handicapped persons

Akemi Uchiyama¹⁾, Mineko Okawa²⁾, Masayoshi Sakugawa²⁾

Abstract

Purpose: To improve community life support for mentally handicapped persons, the purpose of the study was to clarify changes of the support via an attempt to hold conferences between visiting care-givers and visiting nurses, and to utilize them for future cooperation.

Methods: This study was action research. Researchers organized conferences (advanced meeting and joint conference) with research participants (visiting care-givers and visiting nurses), and then conducted interviews with the participants to examine the changes of their support.

Results: The participants were two visiting care-givers and thirteen visiting nurses. The conferences were conducted toward solving issues for cooperation the care-givers realized. As a result, there were “a promotion of self-reliance support utilizing individuality of users” and “demonstrating the roll as a professional for mentally handicapped persons” as the changes of the support of the care givers. As the changes of the support of the nurses, “reconsidering assessment about users, strengthening ties with them and treating them as living persons who have different values each other” and “promotion of the roll of nursing care making use of the strength of the care-givers” were found. Thus, “holding conferences regularly and considering how to proceed with them” and “a promotion of sharing timely information” were found as future issues for the cooperation.

Conclusion: As a result of the attempt to hold conferences in order to cooperate, the changes of the support in the visiting care-givers were “a promotion of self-reliance support utilizing individuality of users” and “demonstrating the roll as a professional for mentally handicapped persons”. The changes of the support in the visiting nurses were “reconsidering assessment about users and strengthening ties and treating them as living persons who have different values each other” and “overlapping the roll of nursing care making use of the strength of the care-givers”. Consequently, it is suggested that the conferences are effective for the cooperation to improve community life support for mentally handicapped persons.

1) Care Station Mana

2) Okinawa Prefectural College of Nursing

[研究報告]

発達障害のある子どもに対する臨床看護師の対応困難経験の現状と課題

鈴木ミナ子¹⁾

抄録

背景：発達障害児の医療機関受診に関しては様々な困難が指摘されており、医療者も対応に苦慮している。発達障害児に医療を提供する際に抱く医療者の困難を明らかにし、それに対する支援を検討することは、発達障害児と家族が安心して医療を受けられる環境の構築に繋がる。

目的：看護師の発達障害児と家族に対する対応困難経験を明らかにし、それらに対する支援を検討する。

方法：A県内の小児科併設医療機関83施設に勤務する看護師2,726名を対象に、発達障害児と家族への対応経験に関する自記式無記名の質問紙調査を行った。

結果：回収数2,413名(88.5%)のうち、対応困難経験がある者は532名(22.0%)であった。対応困難経験がある者は、看護実践において「自主的な情報収集(OR=6.7)」「発達特性に関するアセスメント(OR=4.1)」を行っていた。看護上の課題として「施設の物理的環境の改善(AOR=2.6)」「時間的なゆとりがない(AOR=2.4)」「発達障害がある子どもと家族の支援に対して自信がない(AOR=2.3)」をあげていた。

結論：看護師は発達障害児への対応困難経験を通して対象を理解しようと主体的に関わり、試行錯誤を繰り返していた。しかし、物理的な環境の課題、時間的なゆとりのなさで自身が納得できる対応ができず、支援に自信がもてない状況であった。今後は看護師が発達障害児と家族に自信をもって対応できるように、発達障害に関する知識や心理及び療育に関する現任教育、臨床現場の構造化の必要性が示唆された。

キーワード：発達障害、子ども、臨床看護師、困難、経験

Key words: developmental disorders, children, clinical nurses, difficult, experience

I. はじめに

2005年に発達障害者支援法(厚生労働省, 2004)が施行されて以降、地域における発達障害のある子どもと親、彼らの支援者に対する支援体制の整備、支援方法の開発、情報の提供や普及、啓発活動、専門人材の養成等の取り組みが福祉や保健、医療、教育など様々な分野で行われるようになった。同法において、発達障害とは「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能の障害であって、その症状が通常低年齢において発現するものである」と定義され(厚生労働省, 2004)、障害者総合支援法や児童福祉法など障害者に関する法制度の対象となることで地域における支援の場が拡充している(厚生労働省, 2013)。

発達障害のある者は、その認知特性から社会的場面におけるコミュニケーションや気持ちの切り替えの苦手さ、見通しの立ちづらさによる困難を抱えている(田中, 2020)。また、限定された興味や活動によるこだわり行動、

多動性や衝動性、不注意による不適切行動により日常的な場面においても様々な困難を抱えている。発達障害の特性は見た目にはわかりづらいことから周囲の人々に理解されにくく、それらが発達障害のある者にさらなる困難をもたらしている。

医療機関を受診する場面においても、発達障害の障害特性によるさまざまな困難が指摘されており(小室ら, 2005)、本人のみならず家族にとっても大きなストレスとなっている一方、医療者側も対応に苦慮している現状がある(玉川ら, 2015; 坪見ら, 2009a)。発達障害のある者は障害特性である感覚の感受性や鈍感性、コミュニケーションにおける質的な障害により病気の発見の遅れや治療や処置に対する本人の理解の困難さがあり、必要な医療を受けることができないこともある。本人の納得を得ずに治療や処置が行われた場合、医療者に対する不信感により治療における関係性の構築できず、治療の継続が難しくなる。さらに、子どもに対して医療者が行う強制的な治療や処置を親が手助けをした場合、子どもは混乱し親子関係に悪影響をもたらす可能性も考えられる。治療や処置により疾患の回復は得られたとしても、

1) 沖縄県立看護大学

それらに対してトラウマ経験を負った場合、のちに情緒不安や心的外傷を発症する可能性もある。発達障害の障害特性である多動性や衝動性、感覚の問題などを考慮すると高いヘルスニーズを持っていることが予測されるため、医療者は発達障害のある者に対してその障害特性を理解したうえで関わり、継続して治療を受けることができる受療環境を整える必要がある。発達障害のある者は同じ診断名であっても発達段階や性別、彼らが育った環境の影響により障害特性の現れ方は異なるため個性が高く、医療者は親の情報だけでなく本人の行動や言動を注意深く観察する必要がある。本人と家族が表出する主観的な情報と客観的な情報を、発達障害の特性に関する知識を踏まえたうえでアセスメントを行うことで、個別性に配慮した対応が可能となる。そのような対応経験を重ねることが、より個人にあった医療や看護の提供につながると考える。

発達障害のある子どもの家族は日常的な健康問題に際して医療機関の受診を望んでいるが、本人が医療に対するトラウマをもつ場合、病院やクリニックに行くことさえもできないことがある。家族の努力により何とか受診できたとしても多動性や衝動性、感覚過敏によりパニックを起こすなど、実際の医療行為を受けるまでに多くの困難を抱えていることが報告されている（小室ら, 2005；書上ら, 2008；鈴木ら, 2013）。その要因のひとつとして、医療者の発達障害に関する理解や知識が十分でないことがあげられている（坪見ら, 2009a；2010b）。発達障害のある子どもの保護者が、子どもの障害について最初に相談する場として最も多いのは各自治体の保健センターで、その次に医療機関があげられている（秋山ら, 2007）。しかし、別の調査では保護者の約70%は一般の医療機関における発達障害への理解の拡充を求めている（小高, 2009）。このことから、保護者は医療者の発達障害に関する理解が十分でないと感じている現状が伺える。医療者が発達障害のある子どもとその家族が抱えている困難な現状を知り、障害特性に関する知識をもとに子どもの個別性に配慮した対応を行うことで、彼らが医療機関を受診する際に生じる困難を軽減できるのではないかと考える。

一方、一般の小児科外来診療において保護者が医療者から受けた良い対応として、「子どもを安心させるような言動及び安全への配慮」、「視覚的情報の提供」、「待ち時間・待合室の配慮」、「保護者への共感的態度」が報告されている（小口ら, 2009）。坪見ら（2009a）は、小児科外来看護師の軽度発達障害と診断・推測される子どもへの対応に関して調査した結果の考察として、看護師が子どもの障害特性による個人差に理解を示しながら共感する姿勢を示すことは、子どもへの良い対応につながると述べている。それだけではなく、家族が子どもに対して否定的な関わりをしても子どもの受療状況が良くなることで、今後の家族の関りにヒントを得る機会とな

り、外来看護師の対応は重要な意味を持つと示唆している。これらのことから、発達障害のある子どもと家族への対応は必ずしも発達障害に関する知識を有しなればできない対応ではなく、目の前の子どもの個別性や特徴を理解し尊重すること、そして家族への共感的態度を踏まえた対応であることが推察できる。

そこで、本研究ではA県内の医療機関に勤めている看護師を対象に発達障害のある子どもとその家族への看護の現状について調査し、看護師が彼らの対応に感じている困難の様相を明らかにすることで、看護師の対応困難の軽減に必要な支援について検討する。

II. 用語の定義

1. 発達障害のある子ども：医学的診断の有無にかかわらず、看護師が子どもとの対応に困難を感じ、発達障害があるのではないかと推測した子ども
2. 対応困難経験：看護師が発達障害のある子どもに対応した際に困難を感じた経験
3. 障害特性：発達障害が示す障害の特性
4. 看護実践：看護師が対象に直接的に働きかける行為（社団法人 日本看護協会, 1997）
5. 看護基礎教育：一般的な看護実践、リーダーシップの役割、そして専門領域あるいは高度の看護実践のための卒後教育に向けて、行動科学、生命科学および看護科学における広範囲で確実な基礎を提供する、正規に認定された学習プログラム（社団法人 日本看護協会, 1978）
6. 現任教育：現職のまま必要な内容の教育を受講するもので、専門職業人として必要な専門分野における能力の向上および開発を目的として実施される教育である（城ヶ端, 1998）。左記の定義を踏まえ、本研究では発達障害に関する研修会及び講演会等による教育を現任教育と定義する。

III. 研究方法

1. 対象および方法

沖縄県医療機関検索システムに登録されている625施設のうち、小児科を有する病院および診療所83施設（31病院、52診療所）に勤務する看護師2,726名を対象に自記式無記名の質問紙調査を行った。

調査方法は、各医療機関の施設長または看護部（師長へ電話もしくは直接、研究協力を依頼し同意を得た。病棟または施設内に回収袋を設置して質問紙を回収し、投函をもって研究協力への同意とみなした。なお、回収袋の設置方法に関しては、病棟及び施設管理者に依頼した。回収数は2,413名（88.5%）で、そのうち、発達障害のある子どもに関わった経験がある532名（22.0%）を分析対象とした。

調査期間は2013年7月から11月である。

2. 調査内容

調査用紙は「基本属性」13項目、「発達障害のある子どもと家族への対応経験」25項目、「発達障害のある子どもと家族に対する看護師の現状」35項目の計73項目で構成した。「基本属性」には年齢、性、最終学歴、経験年数、教育背景などが含まれ、「発達障害のある子どもと家族への対応経験」は先行研究（大屋ら，2009；小川ら，2012；小口ら，2009；鈴木ら，2013；坪見ら，2009a；森戸ら，2010）を参考にして質問項目の内容と選択肢を作成した。質問項目には子どもと家族への対応困難経験の有無、対応困難を感じた場面、それらの場面において看護師が行った対応、対応を行わなかった場合の理由について尋ねた。「発達障害のある子どもと家族に対する看護師の現状」35項目に関しては、先行研究を参考に発達障害の原因、偏見や誤解、障害特性、発達障害のある人々への看護実践に関して著者が質問項目を作成し、「そう思う」、「ややそう思う」、「どちらかと言えば思わない」、「そう思わない」の4段階リッカート尺度にて回答を求めた。

3. 分析方法

項目ごとに記述統計量を算出し、調査対象者の傾向を把握した。子どもに対応困難を感じた経験の有無により、対応困難経験“あり”群、“なし”群の2群に分けて統計学的解析を行った。各変数との関連については、対応困難経験の有無を従属変数、影響すると予測される変数を独立変数としてロジスティック単回帰分析を行い、オッズ比（95%信頼区間）の算出を行った。単変量解析において複数の項目に有意な関連がみられた場合、それらの変数を強制投入して多変量ロジスティック回帰分析を行った。

「発達障害のある子どもと家族に対する看護師の現状」35項目は、発達障害に関する看護師の知識を問う25項目、子どもへの看護に関する困難さを問う10項目で構成されている。発達障害に関する看護師の知識を問う25項目は、障害の原因や統計などの基本的な知識を問う6項目、発達障害に対する偏見・誤解を問う9項目、障害特性に関する知識を問う10項目である。子どもへの看護に関する困難さを問う10項目は、子どもへの看護展開における実践を問う4項目、看護実践に対する苦手さの有無を問う6項目である。

これら「発達障害のある子どもと家族に対する看護師の現状」35項目に関しては、「そう思う」と回答した者は確実な知識を保持しているとみなし1点、「ややそう思う」、「どちらかと言えば思わない」、「そう思わない」はあいまいな知識であるまたは知識がないとみなし0点とし、カテゴリごとに合計点を算出した。統計解析にはSPSS ver. 20を使用し、有意水準は5%とした。

4. 倫理的配慮

各医療機関の施設長または看護部（師）長へは、研究の目的と方法、質問紙の調査内容、プライバシーの保護

と匿名性の確保、参加は自由であること、結果を公表する予定であることを口頭および文書で説明した。対象者には上記について書面で説明し、回収袋への投函を持って同意と見なした。なお、本研究は琉球大学臨床研究倫理審査委員会の承認（承認番号：546）を得て実施した。なお、本研究における利益相反は存在しない。

IV. 結果

結果の各表に関しては、紙面の都合上統計的に関連のみられるもの、関心の高い項目についてのみ掲載している。

1. 対応困難経験と基本属性との関連

子どもへの対応困難経験“あり”群は387名（71.2%）、“なし”群は145名（28.8%）であった。 χ^2 検定の結果、対応困難経験と基本属性との関連において有意な差は認められなかった（表1）。発達障害に関して教育を受けた背景を尋ねたところ、看護専門学校または看護系大学における「看護基礎教育」と回答した者は61.6%、臨床現場における新人教育を含めた「現任教育」と回答した者は15.1%であった。発達障害に関する教育を「看護基礎教育」または「現任教育」で受けたと回答した者を“あり”、受けた経験のないものを“なし”とし、対応困難経験との関連でロジスティック単回帰分析を行った結果、「現任教育（OR=2.7）」において有意な差を認めた（表2）。

2. 対応困難経験と看護実践との関連

対応困難経験と「発達障害のある子どもと家族に対する看護師の現状」35項目のなかの子どもへの看護展開における実践を問う4項目との関連において、ロジスティック単回帰分析を行った結果、「自主的に情報収集をする（OR=6.7）」、「発達特性に関するアセスメントをする（OR=4.1）」で有意な差を認めた（表3）。

3. 対応困難経験と子どもへの対応方法との関連

対応困難経験と「発達障害のある子どもと家族への対応経験」25項目のなかの子どもへの対応方法を尋ねた質問項目の14の選択肢との関連をみたところ、14の選択肢のうち10の選択肢において有意な差を認めた（ $P < .05$ ）。これら10の選択肢を投入して多変量ロジスティック回帰分析を行った結果、「落ち着くように優しく声掛けをした（AOR=3.4）」、「興味を引くような関わりをした（AOR = 3.1）」で有意な差を認めた（表4）。

4. 対応困難経験と子どもへの看護に必要な配慮との関連

対応困難経験と「発達障害のある子どもと家族への対応経験」25項目のなかの子どもへの看護に必要な配慮について尋ねた質問項目の14の選択肢との関連において、14の選択肢のうち6の選択肢で有意な差を認めた（ $P < .05$ ）。これら6の選択肢を投入して多変量ロジスティック解析を行った結果、すべての選択肢で有意な差が認められた。そのなかで、オッズ比2以上を示したものは、「感覚刺激に対して工夫する（AOR=4.7）」、「医療

表 1. 対応困難経験と基本属性との関連

n = 532

項 目	対応困難経験 n (%)		χ^2 値	P 値	
	なし (n=145)	あり (n=387)			
性別	女性	132 (91.0)	343 (88.6)	0.26	0.611
	男性	13 (9.0)	40 (10.3)		
	不明	-	4 (1.1)		
年齢	20 歳代	36 (24.8)	70 (18.1)	3.34	0.192
	30 歳代	42 (29.0)	121 (31.3)		
	40 歳代	38 (26.2)	118 (30.5)		
	50 歳代以上	27 (18.6)	77 (19.9)		
	不明	2 (1.4)	1 (0.2)		
最終学歴	専門学校	109 (75.2)	306 (79.1)	1.97	0.620
	大学	28 (19.3)	63 (16.3)		
	大学院	1 (0.7)	2 (0.5)		
	通信教育	-	2 (0.5)		
	その他	7 (4.8)	14 (3.6)		
臨床経験年数	1 年未満	2 (1.4)	8 (2.1)	3.22	0.244
	1-5 年未満	27 (18.6)	57 (14.7)		
	5-10 年未満	32 (22.1)	69 (17.8)		
	10-20 年未満	43 (29.7)	133 (34.4)		
	20 年以上	39 (26.9)	114 (29.5)		
	不明	2 (1.4)	6 (1.6)		
勤務施設	民間病院	64 (44.1)	192 (49.6)	3.51	0.314
	国公立病院	56 (38.6)	138 (35.7)		
	クリニック	18 (12.4)	32 (8.3)		
	その他	2 (1.4)	10 (2.6)		
	不明	5 (3.4)	15 (3.9)		
勤務部署	病棟	41 (28.3)	259 (66.9)	1.67	0.392
	外来	97 (66.9)	104 (26.9)		
	その他	4 (2.8)	21 (5.4)		
	不明	3 (2.1)	3 (0.8)		

χ^2 検定

表 2. 対応困難経験と教育背景との関連

n = 532

教育背景	対応困難経験 n (%)		OR (95% CI)	P 値	
	なし (n=145)	あり (n=387)			
看護基礎教育	なし	53 (36.6)	171 (44.2)	1.00 (reference)	0.045
	あり	92 (63.4)	216 (55.8)	0.64 (0.41-0.99)	
現任教育	なし	125 (86.2)	269 (69.5)	1.00 (reference)	0.001
	あり	20 (13.8)	118 (30.5)	2.74 (1.63-4.61)	

従属変数：対応困難経験 (0: 無、1: 有) 独立変数：教育背景 (看護基礎教育・現任教育)

OR: ロジスティック単回帰分析のオッズ比 95%CI: 95%信頼区間

表 3. 対応困難経験と看護実践との関連

n = 532

看護実践	対応困難経験 n (%)		OR (95% CI)	P 値	
	なし (n=145)	あり (n=387)			
自主的な情報収集	なし	77 (53.1)	56 (14.5)	1.00 (reference)	0.001
	あり	68 (46.9)	331 (85.5)	6.69 (4.35-10.31)	
発達特性に関する アセスメント	なし	125 (86.2)	269 (69.5)	1.00 (reference)	0.001
	あり	99 (68.3)	134 (34.6)	1.00 (reference)	

従属変数： 対応困難経験 (0: 無、1: 有) 独立変数： 看護実践 (自主的な情報収集・発達特性に関するアセスメント)
OR: ロジスティック単回帰分析のオッズ比 95%CI: 95% 信頼区間

表 4. 対応困難と発達障害のある子どもへの実際の対応方法との関連

n = 532

発達障害のある子どもへの対応方法	対応困難経験 n (%)		AOR (95% CI)	P 値	
	なし (n=145)	あり (n=387)			
落ち着くように優しく声掛けをした	なし	107 (73.8)	142 (36.7)	1.00 (reference)	0.001
	あり	38 (26.2)	245 (63.3)	3.42 (2.07-5.65)	
興味を引くような関わりをした	なし	129 (89.0)	241 (62.3)	1.00 (reference)	0.001
	あり	16 (11.0)	146 (37.7)	3.08 (1.62-5.84)	
危険防止への配慮をした	なし	111 (76.6)	200 (51.7)	1.00 (reference)	0.091
	あり	34 (23.4)	187 (48.3)	1.59 (0.92-2.74)	
励ましの言葉をかけた	なし	135 (93.1)	298 (77.0)	1.00 (reference)	0.590
	あり	10 (6.9)	89 (23.0)	2.10 (0.97-4.51)	
行動を見守りながら対応した	なし	92 (63.4)	182 (47.0)	1.00 (reference)	0.342
	あり	53 (36.6)	205 (53.0)	0.78 (0.46-1.31)	
スキンシップを図った	なし	127 (87.6)	293 (75.7)	1.00 (reference)	0.650
	あり	18 (12.4)	94 (24.3)	0.86 (0.45-1.64)	
理解できるように説明した	なし	112 (77.2)	247 (63.8)	1.00 (reference)	0.543
	あり	33 (22.8)	140 (36.2)	0.85 (0.49-1.45)	
本人の希望を聞いた	なし	130 (89.7)	305 (78.8)	1.00 (reference)	0.891
	あり	15 (10.3)	82 (21.2)	0.95 (0.48-1.90)	
行動を制止した	なし	144 (99.3)	362 (93.5)	1.00 (reference)	0.211
	あり	1 (0.7)	25 (6.5)	3.76 (0.47-30.13)	
遊びを提供した	なし	133 (91.7)	323 (83.5)	1.00 (reference)	0.532
	あり	12 (8.3)	64 (16.5)	1.28 (0.59-2.77)	

従属変数： 対応困難経験 (0: 無、1: 有) 独立変数： 発達障害のある子どもへの対応方法
AOR: 多変量ロジスティック回帰分析のオッズ比 95%CI: 95% 信頼区間

者が一貫性のある態度を取る (AOR=3.1)、「発達特性に合わせた説明をする (AOR=2.6)」、「穏やかに接する (AOR=2.3)」であった (表5)。

5. 対応困難経験と臨床における課題との関連

対応困難経験と「発達障害のあるこどもと家族への対応経験」25項目のなかのこどもと家族への看護実践における臨床上の課題を尋ねた質問項目の10の選択肢との関連をみたところ、10の選択肢のうち5の選択肢に

において有意な差を認めた (P<.05)。これら5の選択肢を投入して多変量ロジスティック回帰分析を行った結果、4の選択肢で有意な差を認めた。そのなかで、オッズ比2以上を示したものは「施設の物理的環境の改善 (AOR=2.6)」、「時間的なゆとりがない (AOR = 2.4)」、「発達障害のあるこどもや家族の支援に対して自信がない (AOR = 2.3)」であった (表6)。

表 5. 対応困難経験の有無と発達障害のあるこどもへの看護に必要な配慮との関連

n = 532

必要と感じた配慮		対応困難経験 n (%)		AOR (95% CI)	P 値
		なし (n=145)	あり (n=387)		
感覚刺激に対して工夫をする	なし	142 (97.9)	353 (91.2)	1.00 (reference)	0.013
	あり	3 (2.1)	34 (8.8)	4.67 (1.38-15.80)	
医療者が一貫性のある態度をとる	なし	130 (89.7)	298 (77.0)	1.00 (reference)	0.001
	あり	15 (10.3)	89 (23.0)	3.10 (1.69-5.69)	
発達特性に合わせた説明をする	なし	108 (74.5)	203 (52.5)	1.00 (reference)	0.001
	あり	37 (25.5)	184 (47.5)	2.63 (1.69-4.10)	
穏やかに接する	なし	117 (80.7)	272 (70.3)	1.00 (reference)	0.001
	あり	28 (19.3)	115 (29.7)	2.29 (1.40-3.74)	
本人のタイミングに合わせる	なし	99 (68.3)	228 (58.9)	1.00 (reference)	0.005
	あり	46 (31.7)	159 (41.1)	1.83 (1.20-2.81)	
保護者から情報収集をする	なし	93 (64.1)	192 (49.6)	1.00 (reference)	0.010
	あり	52 (35.9)	195 (50.4)	1.72 (1.14-2.61)	

従属変数：対応困難経験 (0: 無、1: 有) 独立変数：必要と感じた配慮

AOR: 多変量ロジスティック回帰分析のオッズ比 95%CI: 95%信頼区間

表 6. 対応困難と臨床における課題との関連

n = 532

臨床における課題		対応困難経験 n (%)		AOR (95% CI)	P 値
		なし (n=145)	あり (n=387)		
施設の物理的環境の改善	なし	135 (93.1)	328 (84.8)	1.00 (reference)	0.008
	あり	10 (6.9)	59 (15.2)	2.63 (1.28-5.38)	
時間的なゆとりがない	なし	106 (73.1)	198 (51.2)	1.00 (reference)	0.001
	あり	39 (26.9)	189 (48.8)	2.39 (1.54-3.71)	
発達障害のあるこどもや家族の支援に自信がない	なし	120 (82.8)	267 (69.0)	1.00 (reference)	0.001
	あり	25 (17.2)	120 (31.0)	2.31 (1.39-3.83)	
発達障害に関する教育または知識不足	なし	59 (40.7)	100 (25.8)	1.00 (reference)	0.006
	あり	86 (59.3)	287 (74.2)	1.84 (1.19-2.84)	
看護師不足	なし	123 (84.8)	294 (76.0)	1.00 (reference)	0.069
	あり	22 (15.2)	93 (24.0)	1.65 (0.96-2.82)	

従属変数：対応困難経験 (0: 無、1: 有) 独立変数：臨床における課題

AOR: 多変量ロジスティック回帰分析のオッズ比 95%CI: 95%信頼区間

V. 考察

発達障害のある子どもへの対応経験がある者のうち、71.2%は対応に困難を感じた経験があると回答した。小児科外来看護師を対象に行った同様の調査においても77.7%の者が対応に困難を感じた経験があると報告されており(坪見ら, 2009a)、本研究では先行研究を支持する結果が得られた。本研究の対象者の61.8%は10年以上の臨床経験を有していたことから、実務経験のある看護師でも発達障害のある子どもへの対応には困難を感じていることが明らかになった。さらに、現任教育を受けている者ほど対応に困難を感じた経験がある(OR=2.7)ことから、現任教育における発達障害に関する研修等の内容が現場での実践に活かされていない可能性が推察された。しかし、対応に困難を感じた経験が発達障害について学ぶきっかけになった可能性も考えられることから、今後は現任教育における発達障害に関する教育の内容やその有効性について検討する必要があると考える。

発達障害ある子どもへの看護実践において「自主的な情報収集(OR=6.7)」、「発達特性に関するアセスメント(OR=4.1)」を行っている者ほど対応困難経験を有していた。このことから、子どもの情報収集やアセスメントを行っても対応への困難が生じていることが推察され、看護師は手探りで看護を行っていることが考えられた。しかし、対応困難を感じているからこそ、より詳細な情報収集と積極的なアセスメントを試みている可能性も考えられる。看護師は日々の看護実践で看護過程を展開しながら、子どもの個別性に沿った看護を提供していることが推察された。看護師が子どもへの対応に困難を感じながらも、個別性に沿った看護の提供ができるようになるプロセスについて、今後検討する必要がある。

発達障害のある子どもへの対応として、「落ち着くように優しく声掛けした(OR=3.4)」、「興味を引く関わりをした(OR=3.1)」を行っている者は、対応困難を経験している傾向にあった。また、子どもへの対応困難を感じている者は「感覚刺激に対して工夫する(OR=4.7)」、「医療者が一貫性のある態度を取る(OR=3.1)」、「発達特性に合わせた説明を行う(OR=2.6)」、「穏やかに接する(OR=2.3)」の配慮が必要と回答した。対応困難経験を有している看護師は、これまでの看護を実践していくなかで獲得した経験知と暗黙知を活用して困難な場面に際して解決を試み、それに対する評価を繰り返すことにより、自己の子どもへの対応スキルを向上させていると考える。つまり、対応困難な経験を通して発達障害のある子どもへの対応スキルの習得と障害特性に対する理解を深め、配慮の必要性を感じていることが推察された。しかし、発達障害の特性への理解と配慮の必要性を感じていても、具体的な対応方法に関しては自信が持てず、試行錯誤している現状が伺われた。

発達障害のある子どもを看護するうえで、「物理的な環境の改善(OR=2.6)」、「時間にゆとりがない(OR=2.4)」、

「子どもや家族の支援に対して自信がない(OR=2.3)」を課題としている者ほど対応困難経験を有していた。発達障害のある子どもは、障害特性として想像性の困難を有しており、医療者や親が処置や治療に対して丁寧な説明を行ったとしても、子ども自身に経験のないことは想像しにくく見通しを立てることが難しい。また、感覚の過敏さをもつ子どもは光や音、色など環境からの刺激に敏感に反応しやすく、環境からのストレスも抱えやすい。そのような障害特性を有していることから治療や処置の際にパニックを起こしやすく、医療者はそれらへの対応困難を抱えやすいと推察できる。これらのことから、できるだけ子どもの苦痛を軽減し本人の意思を尊重するためには、子どもが処置や治療を受ける気持ちが整うための時間が必要である。看護師は発達障害に対しての知識や理解を十分でないとしても、子どもと家族から情報を収集し、アセスメントすることで経験的に子どもの障害特性を理解していると推察された。発達障害のある子どもへの支援として「いつ、何を、どこで、どのような順序で、いつ終わるのか」などの情報が理解できるように環境を整え、分かりやすく情報を提示する構造化が重要である(大屋ら, 2009)。子どもへの治療、処置を行ううえで環境を本人の特性に合わせて調整することは、医療者の子どもへの対応に関する困難を軽減させる可能性があり、医療現場に即した環境の構造化に関する研修等を現任教育のなかで行うことは有効であると考えられる。子どもと家族への対応に関して成功体験を積み重ねることで、対応困難経験をもち看護師は自信をもって看護を行うことができると考える。そのためには、看護師だけでは情報共有や対策の検討にとどまるのではなく、多職種で意見交換を行う場を設けることも必要であると考えられる。特に、発達障害に関しては、臨床心理士を中心とした心理の専門家の果たす役割は大きい。小規模のクリニックや病院では心理の専門家を常駐させることは難しいと思われるが、院内の研修等で講師として招聘することは可能である。臨床現場で働く看護師が自身の看護に自信をもつことは看護師の長期的な就業につながり、専門職としての発達も望めると考える。

本研究から看護師は発達障害のある子どもへの対応に困難を感じた経験を通して、対象を理解しようと主体的に関わり対応への試行錯誤を繰り返すことで、経験的に発達障害のある子どもを理解していることが推察された。しかし、物理的な環境、時間のゆとりがないことで自身が納得できる対応ができず、子どもや家族の支援に対して自信がもてない現状も推察された。今後、看護師が発達障害のある子どもと家族に専門職業人として対応できるようになるためには発達障害に関する知識の提供だけでなく、臨床現場に即した環境の構造化を含めた心理及び発達障害のある子どもの療育を専門とする者による現任教育が必要であることが示唆される。

本研究の限界は以下の3点があげられた。本研究の対

象者はA県内の医療機関に勤めている看護師と限定されていたため、得られた結果は地域性を反映している可能性がある。今後は地域を拡大し対象者を募り調査することで、より一般化できる結果が得られると考える。今回、調査方法が質問紙調査であったため、対象が医師の診断を受けた発達障害があるこどもであるかは看護師の判断にゆだねられており、看護師自身の経験や力量が反映されている可能性がある。同時に、質問紙調査では臨床現場の看護師が抱えている発達障害のあるこどもへの対応困難経験の詳細な内容の把握には限界がある。今後はインタビュー等の手法を用いて質的に調査することで、より具体的な困難経験を明らかにできると考える。

VI. 結論

発達障害のあるこどもに関わった経験がある者のうち、7割以上が対応に困難を感じていた。現任教育を受けた者、自主的な情報収集および発達に関するアセスメントを行っている者は、対応困難を感じている傾向があった。発達障害のあるこどもへの対応困難経験がある者は「落ち着くような優しい声掛け」、「興味を引くような関わり」を行っており、必要な配慮として「感覚刺激に対する工夫」、「医療者の一貫性のある態度」「発達特性に合わせた説明の実施」、「穏やかに接する」ことが必要であると捉えていた。臨床における課題としては施設の「物理的環境の改善」、「時間的なゆとりがない」、「発達障害のあるこどもと家族の支援に対する自信がない」をあげていた。

文献

秋山千枝子, 堀口寿広. (2007). 発達障害児の保護者による「気づき」の検討. 脳と発達, 39(4), 268-273.

城ヶ端初子. (1998). 我が国の看護専門職者の継続教育に関する一考察. 佛教大学大学院 紀要, 26, 335-348.

書上まり子, 小口多美子. (2008). 自閉症児の医療機関受診時の困難と医療者への要望 一 家族アンケート調査より. 日本看護学会論文集, 小児看護, 38, 152-154.

小高真美. (2009). 診療報酬からみた軽度発達医療のあり方(軽度発達障害医療の費用負担のあり方). 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構 第11回研究助成採択研究報告書.

小口多美子, 書上まり子. (2009). 医療者から受けた良い対応 自閉症児の保護者からの アンケート調査より. 獨協医科大学看護学部紀要, 2, 35-42.

小室佳, 前田和子, 長崎多恵子他. (2005). 自閉症児・者の受療環境に関する家族のニーズ. 小児保健看護研究, 64(6), 802-810.

厚生労働省. (2004). 発達障害者支援法. <https://www.mhlw.go.jp/topics/2005/04/tp0412-1b.html> (2023. 11. 15)

厚生労働省. (2013). 平成24年度障害者総合福祉推進事業. 発達障害者支援センター等の相談・支援, 機関連携及び人材の育成等の業務に関する調査について. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/h24_seikabutsu-23.pdf (2023. 11. 15)

森戸雅子, 松本啓子. (2010). 軽度発達障害児の医療機関受診に伴う母親の思いの分析. 日本地域看護学会誌, 12(2), 57-63.

小川真美. (2012). 自閉症児・者の受療行動を促進するシステムに関する検討, 2010年度在宅医療助成一般公募(後期)完了報告書.

大屋滋, 村松陽子, 伊藤政之他. (2009). 医療機関で働く皆さまへ 発達障害のある人の診療ハンドブック 医療のバリアフリー. 「自閉症・知的障害・発達障害児者の医療機関受診支援に関する研究」NPO法人PandA-J発行.

鈴木のどか, 大久保功子, 三隅順子. (2013). 自閉症児の医療機関受診にまつわる親が感じた困難とその対処法. 小児保健研究, 72(2), 316-321.

社団法人日本看護協会 (1978). ICN(International Council of Nurses: ICN) 看護師の定義.

社団法人日本看護協会. (1997). 看護業務準. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/06/s0624-2d.html> (2023. 11. 15)

玉川あゆみ, 古株ひろみ, 川端智子他. (2015). 医療機関における発達障害児への看護の課題に関する文献検討. 人間看護学研究, 13, 35-41.

田中康夫. (2020). 発達障害と二次障害. そだちの科学 35. 日本評論社.

坪見利香, 大見サキエ. (2009). 小児科外来看護師の軽度発達障害と診断・推測されるこどもへの対応一対応困難を感じるこどもへの家族と看護師の関わり一. 第40回日本看護学会論文集(看護総合), 216-218.

坪見利香, 大見サキエ. (2010). 外来看護師の発達障害児への対応の困難さとコミュニケーション力との関連. 日本看護研究学会雑誌, 33(3), 244.

Current Status and Issues of Nursing Difficulties Experienced by Clinical Nurses in Caring for Children with Developmental Disorders

Minako Suzuki¹⁾

Abstract

Background: Various difficulties have been identified for children with developmental disorders to receive medical care, and providers struggle as well. To identify the difficulties that nurse experience when providing nursing care for children and to discuss support for these will enable creation of safe medical environments for children and families.

Objective: To clarify nurses' experiences of difficulties nursing care of children with developmental disorders and families, and to examine support for them.

Method: A self-administered, anonymous questionnaire survey was conducted on 2,726 nurses working at 83 medical institutions with pediatrics departments regarding their experiences in nursing care of children with developmental disorders.

Result: Of the 2,413 (88.5%) who responded, 532 (22.0%) had experienced difficulties nursing care of children with developmental disorders. Significantly more of the respondents who had experienced difficulties nursing care of children answered that they “collected information independently (OR=6.7)” and “conducted assessments of developmental characteristics (OR=4.1)”. Significantly more nurses reported “Improvement of the physical environment of the facility (AOR=2.6),” “Lack of time (AOR=2.4),” and “Lack of confidence in supporting children with developmental disorders and families (AOR=2.3)” as difficulties in their nursing practice.

Conclusion: Nurses understand the subject empirically through experiences of difficulties nursing care of children with developmental disorders, through their proactive involvement in trying to understand, and repeated trial-and-error nursing care. However, due to the difficulties of physical environment and lack of time, they were unable to respond in a way that satisfied them, and it was also inferred that they lacked confidence in their support.

The study suggested the need for in-service education on knowledge of developmental disorders, psychology and rehabilitation, and structuring clinical practice for nurses to confidently nursing care for children with developmental disorders and families in the future.

Key Words: Developmental disorders, Children, Clinical Nurses, Difficult, Experience

1) Okinawa Prefectural College of Nursing

その他(文献検討)

集中治療を受ける当事者の体験に見出されるストレングス

兼島 利奈¹⁾、田場 由紀²⁾

キーワード：集中治療室 体験 高齢者 ストレングス

Key words: intensive care unit experience older adult strength

I はじめに

集中治療室(Intensive Care Unit 以下ICUとする)では、侵襲的な処置を含む治療が24時間体制で行われる。そのため、ICUに入室する患者は、治療によるストレスや二次的に生じる身体的障害、精神的障害などの有害事象、Post-intensive care syndrome (PICS)が報告されている(岩谷ら, 2021; 福田ら, 2013)。これらの有害事象を回避するため、ICUにおいても可能な限り覚醒状態を維持し、早期離床、早期リハビリテーションにつなげる必要性が指摘されている(日本集中治療医学会早期リハビリテーション検討会, 2017)。

ICUにおける看護の先行研究では、二次障害の予防ならびに術後の早期回復をめざす看護介入に関する研究(松井ら, 2020; 平松ら, 2018; 山口ら, 2017; 高島ら, 2017; 藤田ら, 2016)、集中治療を受ける患者家族への支援に関する研究(鈴木ら, 2021; 森木ら, 2017)がある。これらの報告は、疾病による傷害と侵襲の高い治療に伴う身体機能、精神機能、社会機能の制限を受ける当事者に対し治療の遅延や状態の悪化を回避し、また、治療後の生活上の障害を予防するために看護は何ができるかという問題意識を共有している。特に高齢者の場合、加齢に伴う予備力や回復力などの恒常性が低下していることから、その特性に配慮した看護が求められる。また、集中治療を受ける当事者は、生命の危機から脱するためのプロセスにおいて回復をめざす意欲や主体的な態度があること(杉田, 2003; 船山, 2002)、回復をめざす当事者の意欲や態度が苦痛を乗り越える支えになっていること(茂呂ら, 2010)が報告されている。ICUにおける看護においてこれらを活かすことが提言されている。

ICUに入室中の当事者の回復意欲や回復をめざす態度はどのようにして捉えることができるのだろうか。病気や欠陥へのアプローチという伝統的な支援専門職のパラダイムに対し、ストレングスアプローチを提案したC. A. Rapp(1998)は、支援の成果を「クライアントが自分自身で設定した目標を達成すること」と述べ、支援方法として、すべての個人、すべての環境に存在するストレングスを見だし、活かすことを挙げている。先行研究で指摘さ

れているようにICUに入室し集中治療を受ける当事者が「回復する」という目標を有しているならば、ストレングスを見出すことを通して回復意欲や回復をめざす態度を捉えることができるのではないだろうか。我が国の介護保険制度における要介護高齢者のケアマネジメントにストレングスアプローチを取り入れた白澤(2005)は、ストレングスを捉える4つの視点を提案、実践的なガイドを示した。この視点はICUにおける看護実践においても活用できる可能性があるのではないだろうか。

集中治療を受ける当事者に関する先行研究は、当事者の立場からその体験を記述する試みがある。これらは治療や状況などが個別、具体的に異なっている(下元ら, 2019; 小林, 2017; 手島, 2017; 高島ら, 2017; 藤田ら, 2017)ほか、高齢者のみを対象とした報告は事例研究(脇坂ら, 2019; 寺倉ら, 2019)にとどまっている。先行研究の成果から知見を生成する方法として、Evidence-Based Practice(EBP)のエビデンスを生成するシステムティックレビュー以外に、量的研究から知見を生成するメタ分析、質的研究から知見を生成するメタ統合がある。植村ら(2016)は、看護におけるメタ統合研究の意義として、当事者の体験あるいは特定の看護領域に関する看護実践知の包括的な概念を創出できることをあげている。

個別、具体的に異なる状況の研究成果から、メタ統合の手法を用いて包括的に当事者の体験を導くことは、ICUに入室する高齢者の回復を支える看護に新たな手掛かりを得ることにつながると考える。

以上のことから、本研究の目的は、ICUに入室した当事者の体験に関する質的研究の成果を統合することにより集中治療を受ける当事者の体験に見出されるストレングスを考察することとした。

なお、本研究における「体験」とは、ICUに入室した当事者によって語られた主観的な体験内容とした。「ストレングス」とは、白澤(2005)の提示したストレングスを捉える視点「個人ができること」、「個人が好きなこと」、「個人が希望すること」、「何ができる環境にあること」を用いて、著者が文献の記述から見出した内容とした。

1) 沖縄県立看護大学大学院博士前期課程

2) 沖縄県立看護大学

II. 研究方法

1. 対象文献の選定

文献の選定は、医学中央雑誌 web 版新バージョンを用いて、「クリティカルケア看護 / 急性・重症患者看護」、「高齢者」をキーワードとした。ICUにおける早期リハビリテーションのガイドラインが2017年に示されたことから、検索期間は過去5年間の2017～2021年で設定、会議録・特集・解説を除く、看護論文を検索した。その結果、87件が検索された。次に、院内雑誌、学会発表抄録を除外し38件に絞り文献を収集した。38件のうち、研究対象を看護師としたもの25件、家族を対象としたもの5件を除外し、当事者を対象としたもの8件について、一次論文選定基準に照らし、3件を選定した。なお、一次論文の選定基準は、1) 質的分析を用いた研究であり、研究方法が確認できること、2) 研究対象者に高齢者を含んでいること、3) ICUにおける体験の語りが記述されているものとした。

2. 分析方法

B. I. Patersonら(2001)の示すメタスタディの手法を参考に、同様の手法を用いた佐藤ら(2006)、眞嶋ら(2008)の先行研究に記された分析手続きに倣い、以下の手順で行った。第1段階: 研究疑問の明確化では、「ICUに入室し集中治療を受ける当事者の体験とはどのようなものか」を設定した。第2段階: メタ統合の対象とする

一連の質的論文の選定では、一次論文の選定基準に照らして文献の概観を整理した。第3段階: 選定した質的論文を精読し、研究結果の理解を深めた。第4段階: 対象論文における研究結果ごとに当事者の体験にする記述を抜き出し、ICUに入室し集中治療を受ける高齢者の体験をキーセンテンスとして表現した。第5段階: 結果ごとに生成した3論文すべてのキーセンテンスについて、類似した内容を集め、「体験に見出されるストレングスとは何か」の観点でサブカテゴリー、カテゴリーを作成した。すべての分析プロセスは、共同研究者で討議し、老年看護の実務者並びに研究者で構成する研究会で報告するなど、了解可能性の確保に努めた。以下、引用した原文を「」、キーセンテンスを“ ”、サブカテゴリーを〈 〉、カテゴリーを《 》として記す。

III. 結果

1. 対象文献の概要

対象文献の研究対象者とテーマについて、論文Aは53～72歳(平均年齢65歳)、食道がん患者の術後早期体験に関する研究、論文Bは38～79歳(平均年齢60.9歳)、心臓の緊急手術を受けた患者の体験に関する研究、論文Cは40～70代(平均年齢48歳)、ICUに入室した心臓血管外科患者の支えとなった体験に関する研究であった(表1)。

表1 研究論文の概要

ID	論文A	論文B	論文C
論文タイトル	食道がん患者の術後早期体験	心臓の緊急手術を受けた患者の回復意欲の構造	集中治療室に入室した心臓血管外科患者の支えとなった体験
著者	下元貴恵、大川宣容	小林礼実	手島正美
研究を行った地域	四国地方	関東地区	関東地区
看護の場	急性期病院2施設	大学病院	集中治療室、一般病棟
研究目的	食道がん患者の手術後早期の体験を明らかにし、看護実践への示唆を得る	心臓の緊急手術を受けた患者の体験をもとに回復意欲の構造を明らかにし、その回復意欲を支える看護援助の示唆を得ること	集中治療室に入室していた循環器疾患患者に焦点をあて、支えとなった体験を明らかにすること
研究方法	質的記述的研究	グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考にした分析方法を用いた質的帰納的研究	Hollowayらのナラティブリサーチの手法を参考にした分析方法を用いた質的帰納的研究
データ収集の時期	2016年9月から11月	2013年12月から2014年3月および2014年10月から11月まで	2014年8月から10月
研究対象者	患者5名(男性5名、女性0名)、平均年齢65歳(53～72歳)	患者10名(男性7名、女性3名)、平均年齢60.9歳(38～79歳)	患者5名(男性4名、女性1名)、平均年齢48歳(40～70代)
対象の選択基準	1. 手術後2週間を経過した入院患者 2. 医師より病名を告知されていること 3. 1時間程度の面接を行うことが可能である心身の状態であると医師が判断していること 4. 会話により意思疎通が可能であること	成人および老年期に心臓の緊急手術を受け、研究協力の同意が得られた者 1. 循環動態が不安定な病状である者 2. せん妄が認められるまた認知症など正確な情報が得られにくいと予想される者上記を満たす対象者は除外。	1. 集中治療室に5日以上入室していた者 2. 一般病棟に退室後、精神的にも安定し、30分から60分のインタビューが可能である者 3. 退院後に自宅に戻り生活を送る予定で、外来通院をする予定の者
データ収集方法	半構成的面接	半構成的面接法と診療録による記録調査法	半構成的インタビュー
データの内容	1 回目の面接内容 ①研究協力者の背景に関する内容、②手術後2週間までの間に体験した出来事、③出来事に対する取り組みや思い 2 回目の面接内容 1 回目の面接内容から作成したケース像をもとに研究者が解釈した体験の内容の妥当性についての確認	記録調査 ①手術に至るまでの経過、②術式、3 術後の経過に関する情報 面接内容 ①発症から手術に至る経過、②ICUや一般病棟における療養中の出来事、③病状や手術に対する受け止め、④回復を実感した場面、⑤回復を促進するために行っていること、⑥看護師や医療者、および家族との関わりで印象にある出来事	インタビューガイドの項目 ①年齢とICU入室理由、②ICU入室中の感想、③ICU入室中に助けとなったことや気持ちを安定させたこと、④ICUでの医療者や家族とのかわり

2. ICUに入室し集中治療を受ける当事者の体験

ICUに入室し集中治療を受ける当事者の体験として、54のキーセンテンス、21のサブカテゴリー、6のカテゴリーが導かれた(表2)。

1) 命を実感する

このカテゴリーは6のキーセンテンスと3のサブカテゴリーで構成された。記述内容の例「**麻酔から覚醒し、周囲から聞こえる物音から手術が終わったと気配を感じ取り〔手術が終わったこと・命が助かったことに安堵する〕ようになる.**」(小林,2017)から“緊急手術後、周囲から聞こえる物音から手術が終わったことを感じ取ることで生命の危機は回避できたことに安心していた。”というキーセンテンスを作成、〈手術が終了し、自己の命は守られたと実感する〉のサブカテゴリーを命名した。同様に、“以前の手術では死を意識しなかったが、食事の通過障害の体験から死を予期して難しい手術を熱望し、今生きている自己の命の尊さや存在価値を再認識した。”などのキーセンテンスから〈病気をきっかけに、自己の命について考え、生きるために難しい状況であっても立ち向かおうと願望を持つ〉を命名した。“心臓血管手術後から苦痛を感じながらも、手術により自らの生命を取り戻したことを実感し、回復するための原動力になっていた。”など〈手術が終了し、自己の命は守られたと実感することで、生きるための回復を目指そうとする〉を命名した。

2) 他者のかかわりに生への支えを見いだす

このカテゴリーは11のキーセンテンスと5のサブカテゴリーで構成された。記述内容の例「**また、「それは普段、何でもない時ちゃんと話してくれてる看護師さんとか、話しかけてくれてるから、(自分の記憶がない時でも)声かけてくれてると思う。E」**と患者は、記憶があるときの看護師の態度を細部まで見ており、記憶が欠落していても信頼できる看護師の対応は支えとなっていた。」(手島,2017)から“看護師は、自らが覚えていない状況でも変わらず、声をかけてくれていたはずと確信させる看護師の態度に支えられた”など、〈自らを一人の人として接してくれる看護師の存在に支えられる〉を命名した。同様に、“自らのことを任せてもいいと思える気持ちにさせてくれた医師の堅実な対応が支えとなっていた。”など、〈命を守るための適切な医療を受けることで、自らのことをまかせてもいいと思える安心感をもつ〉を命名した。“手術後から次第に点滴やドレーンなどの管が外れていく姿を、家族が前向きに受け止めてくれる反応が入院生活の励みになっていた。”など〈家族との対面や家族の前向きな反応がICU入室中の支えとなる〉を命名した。“手術後の苦痛を伴う過酷な状況で、家族や友人、医療者の関わりに自らは支えられて生きていると認識した。”など〈術後の苦痛の中、家族や関係者の反応やはげましに自己の回復と支えられて生きていることを実感する〉を命名した。“緊急手術後の思いを

くみ取り、親身に接してくれる看護師の明るく優しい対応や態度、励ましが、回復を促進するための行動に挑みきつかけとなっていた。”など〈苦痛を理解し対処してくれる看護師の存在に支えられる〉を命名した。“暴れていた患者の対応の後でも、気持ちを切り替えて、自分に接してくれた看護師の対応に支えられた。”など〈自らを一人の人として接してくれる看護師の存在に支えられる〉を命名した。

3) あいまいで不確かな状況を振り返る

このカテゴリーは5のキーセンテンスと2のサブカテゴリーで構成された。記述内容の例「**さらに症状が持続し、入院期間や社会復帰の目安が不確かであると〔苦痛が改善しないこと・光の見通しが立たないことに不安やストレスを感じる〕ようになる.**」(下元ら,2019)から“手術後から、身体状況や苦痛が改善せず先の見通しが立たないことに不安やストレスを感じる”など、〈ICU入室中の自己の回復が実感できず見通しが立たない不安やストレスがあったことを振り返る〉を命名した。同様に、“緊急手術が必要な状況で自らの置かれている状況に関する記憶が曖昧な状態で手術を受けた。”など、〈自己の身に起きたことがわかっていない状況であったことを他者に話し振り返る〉を命名した。

4) さまざまなメッセージを受け止め自己を把握する

このカテゴリーは11のキーセンテンスと5のサブカテゴリーで構成された。記述内容の例「**自身の経過が順調であるために、看護師の訪室の頻度が減ることを分かっており、プラスのこととして捉えていた.**」(手島ら,2017)から“手術後から徐々に看護師のかかわりが減ることについて病状の安定を認識し前向きになる。”など、〈看護師の対応の変化を捉え自己の回復を察知する〉を命名した。同様に、“これまでに経験したことのない症状を自覚し、自分の体の異変を感じていた。”など、〈自己の身体のメッセージを受け止め、これまでに経験したことのない危機に陥っていることを感知する〉を命名した。“ICUで自分だけが歩行している現状から、回復を実感し、ICUを退出するイメージを支えにしていた。”など〈他患者と自己の状態を比較することで、回復を実感し、回復への行動に励む〉、“入院中に時間が経つにつれて手術前後やICUに入室していたときの記憶を思い出し、体系的な思考ができると感じていた。”など、〈術直後と現在の自己の状態を比較することで、自らの回復を実感する〉、“ICUから出ることができず、非日常的な体験をしている中で窓の外に広がる生活で馴染みのある景色に気づき、外の世界と自己の繋がりを感ずることによって自己を保つ。”など〈病院の外の様子に自己と社会のつながりを実感し、自らを保持する〉を命名した。

5) 自己の置かれた状況をありのまま受け入れる

このカテゴリーは11のキーセンテンスと3のサブカテゴリーで構成された。記述内容の例「**Dさん〔手術後〕肺が悪くて肺気腫みたいな感じになって、息ができなく**

なるかと思うほど苦しくなった。(中略) それはやっぱりたばこを吸っていたからねえ、それから若いときには肺に負担をかける仕事もしてきたから、仕方ないと思った」と語っており、どうすることもできない苦痛を無理に自分で解決しようと考えないことで耐えられると認識していた。」(下元 2019) から「手術後の苦痛が自己の生活習慣から引き起こされたことを実感し、自らにはどうしようもないことを自己に言い聞かせ耐える。」など〈術後の苦痛から逃れられないことや看護師から痛みへの配慮が得られないことを受け入れ耐える〉を命名した。同様に、「自己の感覚を駆使して、体を良くしようと、自分なりに体位や呼吸方法などを工夫しながら試すことができるようになったことで、自らの回復を実感していた。」など〈術後の苦痛に対峙する中で、自己の体調を把握し、体調に合わせて環境を活かした回復行動に励む〉を命名した。「心臓の緊急手術後に今後の見通しを含めた説明をうけたことで、その情報を励みにし、自己の活動量を増やすことで更なる回復を目指すようになる。」など〈他者の働きかけから自己の身体状態を知ること、回復への行動を増進する〉を命名した。

6) 自信を取り戻す

このカテゴリーは6のキーセンテンスと3のサブカテゴリーで構成された。記述内容の例「ICU から一般病棟への移動により〔治療環境や治療内容の変化から回復に向かっていけると感じる〕こと、リハビリテーションが進み〔自力でできる範囲が増えること・体調の変化から手術前の体に戻ってくると感じる〕ように回復を実感し、もっと自分ができることはやるしかない」と「良くなることを期待してできることから挑戦する」とようになっていた。」(下元ら, 2019) から「緊急手術後からICUを退出までの治療環境や治療内容の変化によって自発的な活動範囲の広がりを実感することでさらなる回復をめざす。」など、〈術後の苦痛を乗り越えるたびに回復には自らの努力が必要だと気づく〉を命名した。同様に、「手術後に、回復をはかるため自己喀痰に励んだことで肺炎を起こすことなく過ごせたことを確信し、自己コントロールできることを実感する。」など〈苦痛や不快を伴う療養生活に希望を見だし、体調を自己コントロールできる〉を命名した。「ICUで行うリハビリは、一般病棟に行くための必要な手順だと考え、リハビリができる自己に回復を実感し支えにしていた。」など〈出来なかったことができるようになる実感から回復を捉え入院生活の支えにする〉を命名した。

IV. 考察

1. 集中治療を受ける当事者の体験に見出されるストレンクス

本研究では、ICUに入室した当事者の体験に関する先行研究の結果からストレンクスを見いだすことを試みた。《命を実感する》、《他者のかかわりに生への支えを

見いだす》、《さまざまなメッセージを受け止め自己を把握する》という体験には、自由にならない中で自己を俯瞰し状況を理解するという自己を客観視する力、《あいまいで不確かな状況を振り返る》、《自己の置かれた状況をありのまま受け入れる》、《自信を取り戻す》という体験には、他者の働きかけに適切に応じようとする努力、社会を構成する一員としてやるべきことを見いだすという社会とかかわりをもつ力が見出された。つまり、ICU入室中の当事者は、自己を客観視する力を基盤として、身体的、精神的に制限が加えられている状況にありながら、社会の一員としてかかわりを持つ力、すなわち社会性というストレンクスを発揮していると考えられた。

1) 自己を客観視する力

ICUに入室した当事者の体験には、病気をきっかけに自らの命について考える、手術の終了から守られた命を認識するという《命を実感する》こと、自らのことを医療者に任せていいと思える、家族や関係者の反応から回復に気づく、看護師が自己を理解し接していることに気づくという《他者のかかわりに生への支えを見いだす》こと、看護師の対応の変化を捉える、自己の身体のメッセージを受け止める、他患者と自己の状態を比較する、病院の外の様子に自己と社会のつながりを実感するという《さまざまなメッセージを受け止め自己を把握する》など、集中治療を受ける中で、身体症状や精神的苦痛への反応だけでなく、メタ認知を通して自己理解をしていた。

ICUに入室した患者は、恐怖体験や非現実的な体験の記憶を持つ場合があること、これらの体験の記憶はICU退室後の不安や抑うつ傾向が高く、Post Traumatic Stress Disorder (以下PTSD) 発症との関連あるとされている(山内, 2016; 岩谷ら, 2016; 福田ら, 2013)。このことから、ICU入室中に看護師が当事者の自己を客観視する力に気づき、その発揮を支えることができれば、ICU退室後のPTSDの予防につながると考えられた。

2) 社会とかかわりをもつ力

ICUに入室した当事者の体験には、記憶があいまいな自らの状況を他者に話し振り返るという《あいまいで不確かな状況を振り返る》こと、看護師から痛みへの配慮が得られないことを受け入れる、自己の体調に合わせ環境を活かした回復行動に励む、他者の働きかけから自己の身体状況を知るという《自らの置かれた状況をありのまま受け入れる》こと、苦痛を乗り越えるたびに回復には自らの努力が必要と気づく、療養生活に希望を見だし体調をコントロールする、回復を捉えて入院生活の支えにするという《自信を取り戻す》など、苦痛の中にあっても他者や環境とのかかわり方を見いだしていた。

ICU入室中の患者とのコミュニケーションを図ることは、治療的意味を持つことが指摘されている(福田ら, 2013)。本研究では、当事者自身も積極的に他者や環境とかかわりを持っていた。このことから、ICU入室

表2. ICUに入室し集中治療を受ける当事者の体験

サブカテゴリー	カテゴリー
病気をきっかけに、自己の命について考えることができ、生きるために難しい状況であっても立ち向かおうと願望を持つ	
手術が終了し、自己の命は守られたと実感することで、生きるための回復を目指そうとする	命を実感する
手術が終了し、自己の命は守られたと実感する	
命を守るための適切な医療を受けることができ、自己のことを医療者にまかせてもいいと思える安心感をもつ	
家族との対面や家族の前向きな反応がICU入室中の支えとなる	他者のかかわりに生への支えを見いだす
術後の苦痛の中、家族や関係者の反応やはげましに自己の回復と支えられて生きていいことを実感する	
苦痛を理解し対処してくれる看護師の存在に支えられる	
自らを一人の人として接してくれる看護師の存在に支えられる	
看護師の対応の変化を捉え自己の回復を察知する	
自己の身体メッセージを受け止め、これまでに経験したことのない危機に陥っていることを感知する	さまざまなメッセージを受け止め自己を把握する
他患者と自己の状態を比較することで、回復を実感し、回復への行動に励む	
術直後と現在の自己の状態を比較することで、自分の回復を実感する	
病院の外の様子に自己と社会のつながりを実感し、自分自身を保持する	
自己の身に起きたことがわかっていない状況であったことを他者に話し振り返る	あいまいで不確かな状況を振り返る
ICU入室中の自己の回復が実感できず見通しが立たない不安やストレスがあったことを振り返る	
術後の苦痛から逃れられないことや看護師から痛みへの配慮が得られないことを受け入れ耐える	
術後の苦痛に対峙する中で、自己の体調を把握し、体調に合わせて環境を活かした回復行動に励む	自己の置かれた状況をありのまま受け入れる
他者の働きかけから自己の身体状態を知ること、回復への行動を増進する	
術後の苦痛を乗り越えるたびに回復には自己の努力が必要だと気づく	
苦痛や不快を伴う療養生活に希望を見だし、体調を自己コントロールできる	自信を取り戻す
出来なかったことができるようになる実感から回復を捉え入院生活の支えにする	

中に看護師が当事者の社会とかかわりを持つ力に気づき、その発揮を支えることができれば、治療の意味を持つコミュニケーションの広がりや深まりが期待できると考えられた。

集中治療を受ける当事者の体験に見出されるストレンクスは、自己を客観視しつつ、社会とかかわりを持つという社会性の発揮であった。このことは、高齢者が、加齢に伴い身体機能、精神機能の低下が認められる一方、生活史の中で培ってきた社会性という社会機能が残存しやすいことを示唆していた。

2. 看護実践への示唆

急性期医療を提供する場においては、認知症症状を有する高齢者に対し、安静、安全、治療を最優先にすることで身体拘束をせざるを得ない状況が課題とされている(湯浅, 2017)。しかし、本研究で見出されたICUに入室した当事者の体験には、回復をめざす当事者の意図の存在が示唆された。つまり、医療者と高齢者は、回復をめざすという同じ目標をもちながらも、その共有が困難であることから、回復を意図している可能性がある高齢者の行動を危険行動と捉え、身体拘束に至っていることも考えられる。C A. Rapp(1988)は、ストレンクスについて、すべての個人とすべての環境にあると述べている。実際に集中治療を受ける当事者の体験に見出されるストレンクスが捉えられたことは、ICUにおける看護においてストレンクスモデルを用いることの可能性を示唆していると考えられる。

看護師がリスクを回避するための制限ではなく、リスクを回避し、回復を促進するために本人のストレンクスを活かす視点をもつことは、高齢者と看護者が回復するという目標を共有することにつながり、回復意欲や回復をめざす態度を捉えることを実現できると考える。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、ICUに入室した当事者の体験からストレンクスを見いだすことを試みた。本研究の限界は、キーワード選定の技術的な限界により抽出論文が制限されていること、対象文献はすべて高齢者だけでなく成人を含んでいることから、得られた知見について高齢者の特性を十分に反映しているとはいえないことである。今後の課題は、導かれた知見を、臨床における看護実践を通して検証し、ICUにおける新たな看護方法を見いだすことである。

V. おわりに

集中治療を受ける当事者の体験に見出されるストレンクスは、自己を客観視しつつ、社会とかかわりを持つという社会性の発揮であった。

謝辞

本研究を進めるにあたり、討議に参加してくださった老年保健看護研究会の皆様にご心より感謝申し上げます。

この研究に関する利益相反はありません。

引用文献

- Babara L Paterson 他. (2001/2010). 石垣和子, 宮崎美砂子, 北池正, 山本則子. (監訳). 質的研究のメタスタディ実践ガイド. 第1版. (pp63-137). 医学書院.
- Charles A. Rapp. (1998). 江畑敬介 (監訳). 濱田龍之介, 辻井和男, 小山えり子, 平沼生江. (訳). 精神障害者のためのケースマネジメント. (pp44-64). 金剛出版.
- 藤田知幸, 高橋徹. (2017). ICU入室患者の妄想的記憶と退院後の精神状態についての検討. 岡山県立大学保健福祉学部紀要. 23, 13-20.
- 福田友秀, 井上智子, 佐々木吉子他. (2013). 集中治療室入室を経験した患者の記憶と体験の実態と看護支援に関する研究. 日本クリティカルケア看護学会誌. 9(1), 29-38.
- 船山美和子. (2002). 冠動脈バイパス術を受けた病者の術直後のサバイバルプロセス. 日本看護科学会誌. 22(2), 44-53.
- 平出紗也香, 棚瀬葵, 堀野綾子他. 脳卒中急性期の意識障害を呈する重症患者に対する白湯、スポーツ飲料、野菜ジュース、豆乳投与の検討. Brain Nursing. 35(10), 990-998.
- 岩谷美貴子, 伊藤真理, 足羽孝子他. (2016). ICUに入室した患者の集中治療体験の類型化と不安・抑うつとの関連. 日本クリティカル看護学会誌. 12(3), 1-9.
- 小林礼美. (2017). 心臓の緊急手術を受けた患者の回復意欲の構造. 日本クリティカルケア看護学会誌. 13(3), 113-122.
- 眞嶋朋子, 佐藤まゆみ, 増島麻里子他. (2008). メタ統合で明らかになった終末期がん患者を抱える家族員の体験. 看護研究. 41(5), 395-401.
- 松井憲子, 井上昌子. (2020). スペシャリストNsが行う看護の技 急性増悪した慢性呼吸不全患者の回復を支えるケア. 日本呼吸リハビリテーション学会誌. 29(1), 3-13.
- 森木ゆうこ, 赤石恵子. (2017). 救急外来における2事例の患者家族の特性・看護師の能力・システムの関係. 日本クリティカルケア看護学会誌. 13(1), 59-64.
- 茂呂悦子, 中村美鈴. (2010). 集中治療室入室中に人工呼吸器を装着した術後患者の回復を促すための看護援助の検討. 日本クリティカルケア看護. 6(3), 37-45.
- 日本集中治療医学会早期リハビリテーション検討会. (2017). 集中治療における早期リハビリテーションー根拠に基づくエキスパートコンセンサス. 日本集中治療医学会雑誌. 24, 255-303.

- 佐藤まゆみ, 増島麻里子, 柴田順子他. (2006). 終末期がん患者を抱える家族員の体験に関する研究. 千葉看護学誌. 12(1).
- 下元貴恵, 大川宣容. (2019). 食道がん患者の術後早期の体験. 日本クリティカルケア看護学会誌. 15, 112-120.
- 白澤政和. (2005). ストレングスに着目したケアプランの手続きー星座理論を使ってー. 初版. 中央法規出版株式会社.
- 杉田久子. (2003). 急性心筋梗塞発症から集中治療期を終えるに至る病者の主体的体験の研究. 日本赤十字看護学会誌. 14, 159-69.
- 鈴木雅智, 井上玲子, 吉川隆博. (2021). 脳血管疾患で集中治療室に滞在した経験をもつ患者の家族の心的外傷後ストレス障害 (PTSD) 関連症状の実態と要因. 家族看護学研究, 26, (1-2), 173-187.
- 高島直美, 村田洋章, 西開地由美他. (2017). 12時間以上人工呼吸管理を受けたICU入室患者のストレス経験. 日本集中治療医学会雑誌. 24(4), 399-405.
- 寺倉佳苗, 金絢菜, 安達遥. (2019). ICU看護師の患者・家族への意思決定支援 侵襲的治療を望んだ終末期患者の症例から. Best Nurse, 30(9), 53.
- 手島正美. (2017). 集中治療室に入室した心臓血管外科患者の支えとなった体験. 日本クリティカルケア看護学会誌. 13(3), 103-111.
- 植村直子, 宮崎美砂子. (2016). 看護学雑誌におけるメタ統合研究の動向ー2005年から2014年に出版された国内外論文の検討ー. 千葉看護学会誌. 21, (2).
- 山口亜希子, 杉江英理子, 平尾明美他. (2017). ICUにおける人工呼吸器装着患者の睡眠分断と看護ケアの関連. 日本クリティカルケア看護学会誌. 13(1), 65-70.
- 山内英樹. (2016). 心臓手術を受けた患者の回復過程におけるICU体験とICU退室後の記憶の様相. 東京女子医科大学看護学会誌. 11(1).
- 湯浅美千代. (2017). 急性期病院における認知症高齢者に関わる看護の課題. 老年看護学. 22 (1), 10-13.
- 脇坂浩, 武笠元紀. (2019). ICUで術後せん妄を発症した患者への看護介入に関する事例検討. 三重県立看護大学紀要, 23, 1-9.

[その他]

わが国の高齢者ケアにおけるストレングスモデルの活用 —国内文献の検討—

田場由紀¹⁾ 兼島利奈²⁾ 東嵩西寿枝³⁾

キーワード：高齢者、ストレングスモデル、文献検討

Key words: older adult, strengths models, literature review

I はじめに

急性期病院の高齢者看護については、「急性期病院において認知症高齢者を擁護する」日本老年看護学会の立場表明2016（一般社団法人日本老年看護学会，2016）に代表されるように課題が山積している。高齢社会の到来は、社会保障における医療と介護の区別を明確にし、その効率化を図ることで役割分担による専門性の発展に寄与したが、延伸する老年期は、医療と介護の区別を再びあいまいなものにしている（広井，2000）。この世界的な情勢からWHOは国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health 以下ICF）を採択し新しい健康観、障害観を示すと同時に、ICFモデルを「医学モデル」と「社会モデル」の統合モデルと位置づけた（上田，2005）。

感染症などが主流の時代から、疾病構造の変化に適應し少しずつ改変されてきた医学モデルは、治療に介護や暮らしを取り込み、統合モデルであるICFモデルへ深化したといえる。その中で、治療にまつわる問題に着目するだけでなく、当事者のもつ力（ストレングス）に着目する必要性が示された。この流れを受け、急性期病院における高齢者看護に関する研究では、目標思考型アプローチなどストレングスの活用が試みられている（柴原，2023）。また、看護テキストにもストレングスの概念が紹介される（近藤，2023）など、基礎教育にも取り入れられている。しかし、急性期病院における高齢者看護の概念として、実践的な活用には至っていない。以上のことから、本報告では、我が国の高齢者ケアにおけるストレングスの活用について文献検討を行い、急性期病院の高齢者看護において高齢者のストレングスを活用するための方向性について考察する。

II 方法

1. 文献検索と文献の選定プロセス

国内文献について、医学中央雑誌 web 版新バージョン

を使用し、「高齢者」、「ストレングス」で検索し156件が該当した。次に、Cinii Researchにて、「高齢者」、「ストレングス」で検索した文献78件のうち、重複論文30件を除く48件を加え、204件の文献リストを作成した。いずれも検索期間は指定せず、検索結果の最新の文献は2022年12月時点までであった。このリストから、会議録や解説文献89件、器具名や雑誌名にストレングスがヒットした文献36件、高齢者ケアに該当しない文献34件、専門職や高齢者家族の強みに着目した文献3件、看護教育に関する文献2件を除外し、40件を検討対象文献とした。なお、今回は、ストレングスの活用の実際を捉えるために、査読の有無にはこだわらず対象文献とした。

2. 対象文献の概要

該当した文献で最も古いものは2002年であった。2002～2015年までに17件、2016～2022年までに23件と報告件数は増加傾向にあった。分野では、福祉分野が19件（2002年以降）、看護分野が12件（2014年以降に発表）、心理分野が1件（2015年）、リハビリテーションが6件（2016年以降）、医療分野が2件（2017年以降）であった。福祉分野で高齢者支援に取り入れられてから、看護、リハビリテーション、医療へと活用分野は拡大した（表1）。

3. 分析方法

高齢者ケアにおけるストレングスの活用方法を明らかにするために、マトリックス方式（Judith，2011）を用いて古いものから年代順に並べ、8つのトピック（題名、年代、分野、研究対象、目的、ストレングスの定義、研究の問い、研究方法にみるストレングスを捉える方法）による体系的な要約の形式で整理した。トピックについて、分野は緒言や背景、研究目的から研究者間で協議し特定した。研究の問いは、明確な記述がない文献は緒言や背景、研究目的、考察、結論を精読し推察、研究者間で協議し記述した。

1) 沖縄県立看護大学

2) 沖縄県立看護大学大学院博士前期課程

3) 沖縄県立看護大学大学院博士後期課程

表1 検討文献リスト

No.	タイトル	著者	雑誌	年代	分野
1	ケアハウス入居高齢者のストレングスに関する一考察	坂上真理	北星学園大学大学院社会福祉学研究科 北星学園大学大学院論集、5 45-53.	2002	福祉
2	エンパワメント実践から考察する高齢者パワーlessness及びストレングスの解明	林和歌子	城西国際大学紀要、10 (1), 131-140.	2002	福祉
3	高齢者の自立促進要因とQOL	金子勇	現代社会学研究 16 63-83.	2003	福祉
4	後期高齢者に見られる社会的衰弱徴候とソーシャル・ケースワーク—高齢者夫婦世帯の事例に関する考察	鶴岡イツ子	日本短期大学大憲論叢 43 (46), 1-19.	2005	福祉
5	ストレングス視点の活用と展開：地域における高齢者の介護予防と生活支援を通して	神山裕美	山梨県立大学人間福祉学部紀要 2 19-30.	2007	福祉
6	介護保険再編後のケアマネジメント—ストレングスモデルに対する検討—	山井理恵	高齢者ケア政策の展開とケアリング関係の再編（報告書）53-67.	2007	福祉
7	高齢者へのストレングス視点による面接と支援方法—健康生活支援ノートのいきがいプラン作成を通して	神山裕美	コミュニティソーシャルワーク3号 Page59-67.]	2009	福祉
8	要支援の高齢者がふれあいサロンに適切していくプロセスにおける支援者の役割	椎名知づる, 朴賢晶	介護福祉学, 16(2), 244-253.	2009	福祉
9	高齢者の終末期ケアにおける在宅移行期のケアマネジャーの役割と課題：退院時の事例から	中家洋子	四條畷学園短期大学紀要, 42, 27-35.	2009	福祉
10	認知症高齢者ケアにおける実存主義ソーシャルワーク再考—ある認知症高齢者の生活関与観察を通して	大和田猛	青森県立保健大学雑誌, 11, 41-59.	2010	福祉
11	ケアマネジメントへの不満を訴える事例の事例検討からのケアマネジャーの役割再考	大湾明美, 佐久川政吉, 上原綾子	沖縄県立看護大学紀要, 11, 25-30.	2010	福祉
12	単身高齢者支援事例にみる参画型ソーシャルワークの可能性：解決志向アプローチの活用による協働と連携の促進	安達映子	社会福祉学, 54 (2), 83-93.	2013	福祉
13	関節リウマチをもつ高齢者のストレングスの構造「老年期のライフイベント」への適応にみられた「能力」から	佐久川政吉	老年看護学, 19(1), 62-71.	2014	看護
14	要介護高齢者からみたショートステイの意義と課題—ある利用者の手記（手紙）の質的分析	口村 淳	社会福祉学, 55(3), 94-105.	2014	福祉
15	ひとり暮らし要介護高齢者の日常生活におけるストレングス—社会サービスの活用状況に焦点をあてて	田場由紀, 大湾明美, 佐久川政吉, 他2名	沖縄県立看護大学紀要, 15, 53-66.	2014	看護
16	高齢者のストレングスが精神的健康と身体的健康に及ぼす影響	松橋舞, 山本真利子	久留米大学心理学研究, 14, 67-72.	2015	心理
17	高齢者が生活上経験するスピリチュアルなテーマに関する研究—生きる意味に焦点をあてた質的研究	岡本宣雄	川崎医療福祉学会誌, 25(1), 37-47.	2015	福祉
18	グラウンド・ゴルフを通じて自信を回復し地域活動に参加できるようになった通所リハの事例	上田章弘	作業療法ジャーナル, 50(8), 878-882.	2016	リハ
19	介護予防活動支援事業に参加する高齢者のストレングス	嶋崎今日子, 中尾友香, 廣瀬絵理奈, 他3名	高知女子大学看護学会誌, 43(1), 161-168.	2017	看護
20	【超高齢化社会の精神科診療】高齢自殺ハイリスク者の自殺予防—実態調査と症例を通して	大高靖, 大久保善朗	臨床精神医学, 46(11), 1363-1368.	2017	医療
21	ストレングスの視点を用いた認知症高齢者のアセスメント方法の改善—病棟看護師との協働による取り組みから	榮口咲, 大湾明美, 佐 久川政吉	沖縄県立看護大学紀要, 18, 11-21.	2017	看護

表1 検討文献リスト(つづき)

No.	タイトル	著者	雑誌	年代	分野
22	多職種事例検討会における支援困難事例の分析 学際的アセスメントとストレングスに配慮した課題解決策	室谷牧子, 佐瀬美恵子, 外堀佳代, 他1名	人間健康研究科論集, 1, 3-28.	2018	福祉
23	地域在住高齢者のストレングスを生かした自助グループ形成への支援	吉井智晴, 佐藤和子	東京医療学院大学紀要, 6, 90-101.	2018	リハ
24	転倒を繰り返しながらも訪問リハビリテーションにて強みを生かした関わりにより生活目標を達成出来た一症例	五十嵐満哉, 桶拓貴, 川上直子, 他2名	石川県作業療法学術雑誌, 26(1), 17-23.	2018	リハ
25	特別養護老人ホームの介護職による終末期高齢者を支える日常的介護実践 介護福祉士に対する量的調査の分析結果から	小松亜弥音, 岡田進一	社会福祉学, 58(4), 46-61.	2018	看護
26	高齢者複合施設における訪問リハビリテーションの関わりにより活動範囲が拡大し、社会参加及び役割の獲得を図れた一事例	五十嵐満哉, 川上直子, 諏訪勝志, 他1名	石川県作業療法学術雑誌, 27(1), 11-16.	2019	リハ
27	豪雪地帯に暮らす後期高齢者のストレングスの検討	大口洋子, 原等子, 小泉美佐子	日本ルーラルナーシング学会誌, 14, 1-13.	2019	看護
28	訪問リハビリテーションにより活動と参加が拡大し、その要因を検討した症例	有竹愛理	九州理学療法士学術大会誌, 25.	2019	リハ
29	持続可能なコミュニティ形成の要件に関する考察- 地方移住者の街の実態調査分析を通して -	濱崎 裕子	日本の地域福祉, 32, 37-49.	2019	福祉
30	過疎地域における社会的居場所の円滑な運営方法の検討 地域包括支援センター職員へのインタビュー調査から	齋藤建児	高齢者のケアと行動科学, 25, 56-66.	2020	福祉
31	前頭側頭型認知症(FTD)患者の“食”を取り戻す取り組み 残された時間を有意義に過ごすための介入	秋山千広, 野瀬和美, 山田由佳, 他3名	日本認知症ケア学会誌, 19(2), 460-466.	2020	医療
32	短期集中予防型サービスで本人のストレングスに着目し関わった事例	月成純	山口作業療法, 13(1), 58-60.	2021	リハ
33	大腿骨骨折を経験した高齢者の語りからみる生活課題とストレングスの特徴 入院から退院後の在宅生活を中心に	畑香理	福岡県立大学人間社会学部紀要, 30(1), 35-50.	2021	福祉
34	退院支援看護師が認識する自宅へ退院した高齢者のストレングス	小藪智子, 原瀬愛理, 井上かおり, 他5名	岡山県立大学保健福祉学部紀要, 27, 41-48.	2021	看護
35	長野県の食生活改善推進員の活動上の強みと課題 活動における希望や思いの分析から	御子柴裕子, 高増雅子	日本ルーラルナーシング学会誌, 16, 19-31.	2021	看護
36	高齢者がとらえる小地域の環境のストレングス	安仁屋優子, 佐久川政吉, 下地幸子	老年看護学, 25(2), 115-122.	2021	看護
37	ケアサイクルにある高齢者のストレングス尺度の妥当性と信頼性の検討	小藪智子, 松田美鈴, 上野瑞子, 他4名	日本保健科学学会誌, 25(3), 127-135.	2022	看護
38	BPSDが顕著な認知症患者のストレングスに着目した取り組み	栗山めぐみ, 原佳奈子	日本精神科看護学術集会誌, 65(1), 350-351.	2022	看護
39	A離島における高齢者のもつストレングス 初めての訪問看護事業所開所時の座談会での高齢者の発言の分析から	佐久川政吉, 津波勝代, 折戸雅恵	日本ルーラルナーシング学会誌, 17, 11-18.	2022	看護
40	小地域における高齢者の社会参加活動への参加促進要因に関する研究 松江市湊北台地区のインフォーマルなグループ活動の世話役へのインタビュー調査を通して	蘇曉娜	日本の地域福祉, 35, 25-37.	2022	福祉

Ⅲ 結果

1. 研究対象

研究並びに報告の対象には、65歳以上の地域在住高齢者（無作為抽出、目的的サンプリング、高齢者白書データ、ボランティア活動実施者等）9件（No. 2、3、16、23、29、35、36、39、40）、生きがいデイサービスなど介護予防活動の参加者5件（No. 5、7、8、19、27）、ケアハウス利用者など要介護認定は受けていないが要介護状態にある高齢者3件（No. 1、4、12）、要介護認定を受け介護サービス（施設サービス、居宅サービス）を利用している高齢者8件（No. 10、13、14、15、17、26、32、37）、骨折や認知症などにより治療病棟への入院経験を有する高齢者8件（No. 18、20、24、28、31、33、34、38）であった。また、高齢者支援を担う地域包括支援センター職員や病院看護師、介護士などの専門職を対象とした報告7件（No. 6、9、11、21、22、25、30）であった。

2. 研究の問いと高齢者のストレングス

高齢者のストレングスについて研究の問いとの関係で整理した。高齢者が健康を維持するための要件としてのストレングスを見出そうとする報告No. 3、16（金子，2003；松橋ら，2015）、入院高齢者が自宅へ退院するための要件としてストレングスを見出そうとする報告No. 34（小藪ら，2021）があった。また、健康を維持する要件であるストレングスを引き出すことを目的とした報告No. 5、7、19（神山，2007；神山，2009；嶋崎ら，2017）があった。これらは、ストレングスを老年期における健康や自立生活に必要な要件と位置づけていた。

高齢者のストレングスの特性について、疾患や要介護状態という老いの体験に焦点をあてた報告No. 1、10、13、15、14、17、20、33（坂上，2002；大和田，2010；佐久川，2014；田場ら，2014；口村，2015；岡本，2015；大高ら，2017；畑，2021）、過疎地など特殊な環境での生活に焦点をあてた報告（大口ら，2019；佐久川ら，2022）、社会活動に焦点をあてた報告No. 29、35、36、40（濱崎，2019；御子柴ら，2021；安仁屋ら，2021；蘇，2022）があった。

高齢者のストレングスと援助職者との関係について、介護保険制度など高齢者関連制度の変遷や高齢者の生活に関する調査の結果から高齢者支援の課題に言及した報告では、ストレングスモデルによる課題解決の可能性を指摘していた。また、援助職者が高齢者のストレングスに着目する必要性を指摘している報告No. 9、21、22（中家，2009；大湾ら，2010；榮口ら，2017；室谷ら，2018）があった。

高齢者のストレングスを援助職者が引き出し、課題解決に活かすものとして位置づけている報告は、個別支援の経過を整理、検討したものNo. 4、8、12、18、24、26、28、31、32、33、38（鶴岡，2005；椎名ら，2009；安達，2013；上田，2016；五十嵐ら，2018；五十嵐ら，2019；

有竹，2019；秋山ら，2020；月成，2021；畑，2021；栗山，2022）があった。これらは、援助職者の役割や援助による高齢者の可能性を記述していた。また、高齢者個人ではなく、高齢者集団のストレングスを課題解決に活かす支援プロセスに着目した報告No. 23、30（吉井ら，2018；齋藤，2020）もあった。このように、事例に対し援助職者がストレングスをどのように捉え活用したのか、その成果を記述していた。ストレングスとして着目したものの援助に活かさない実践も紹介されており、あくまでも高齢者のエンパワメントにつながった実践を扱っていた。援助職者が高齢者との関わりで捉えたストレングスから、その特性を見出そうとする報告No. 25、37（小松ら，2018；小藪ら，2022）は、そのストレングスを捉える視点を専門性と位置づけ可視化を試みていた。

3. 高齢者のストレングスを捉える方法

研究方法から検討した高齢者のストレングスを捉える方法は、当事者へのインタビュー、当事者の参与観察、援助職者へのインタビュー、アセスメントシートの使用、尺度を用いた調査があった。

当事者へのインタビューについて、当事者から好みや願望の聞き取りを取り入れたNo. 31、35（月成，2021；御子柴ら，2021）、ライフイベントにおける困難とその困難への対処についての聞き取りを取り入れたNo. 1、13（坂上，2002；佐久川，2014）など、ストレングスを直接聞き取る方法、医療や介護サービスの利用に至った経緯や当時の思いなどの聞き取りを取り入れたNo. 14、15、17、20（口村，2014；田場ら，2014；岡本，2015；大高ら，2017）など、ストレングスが発揮されると想定される困難や挑戦の語りを促す方法があった。また、入院や傷病時などの体験について、その不安や困難の語りを促すNo. 33（畑，2021）では、語りの内容からストレングスを導く方法を取り入れていた。そして、研究者による参与観察でストレングスを捉える試みNo. 1、10（坂上，2002；大和田，2010）は、要介護状態にある高齢者に対し実施されており、特に自らについての語りが不十分になりがちな認知症高齢者が含まれていた。リハビリテーションの場では、援助職者による生活行為アセスメントシートの活用によりストレングスを捉えたNo. 18、24、26（上田，2016；五十嵐ら，2018；五十嵐ら，2019）、介護予防の場では当事者と援助職者の協働で作成するノートを用いたNo. 5、7（神山，2007；神山，2009）があった。さらに、援助職者へのインタビューでは、かかわりによって引き出されるストレングスに焦点をあてたNo. 23、30（吉井ら，2018；齋藤，2020）、ストレングスを引き出すために援助職者が意図していることに焦点をあてたNo. 25（小松ら，2018）では、援助職者の思考が明らかにされていた。

以上、3つのトピックについて表2に整理した。

表2 わが国の高齢者支援におけるストレングスの活用

No.	対象（データ）	定義の有無	研究の問い	研究方法にみるストレングスを捉える方法
1	ケアハウスに居住している高齢者	あり	高齢者が環境変化や心身の変化に直面しながらも生活の中でどのようなストレングスを用いているか	研究者が研究対象となる高齢者へのインタビューを実施し、その内容から研究者がストレングスを捉える
2	わが国の高齢者（高齢者白書のデータ）	あり	わが国の高齢者のストレングスの現状とはどのようなものかわが国の高齢者がパワーlessnessに陥る可能性とはどのようなものか	研究者が高齢者白書のデータを用いて、わが国の高齢者のストレングスを考察する
3	在宅で生活する65歳以上の高齢者	あり	高齢者の自立の具体的で測定可能な条件とは何か高齢者の自立を促進する支援策とは何か	高齢者の自立状況とQOL指標を調査し、QOL指標の高さをストレングスと位置づける
4	西南日本型である高齢者夫婦世帯の事例	なし	要介護者をつくらないための「危機介入」ではなく「予防介入」としての高齢者への対応方法とはどのように編み出すことができるのか	ソーシャルワーカーの支援を受けている夫婦世帯の1事例についてかかわりのプロセスを整理し、その内容から研究者が高齢者のストレングスを捉える
5	生きがいデイサービスの利用者	なし	開発した健康・生活支援ノートは、高齢者のストレングスを引き出す効果があるか	ノートを用いて高齢者に得意なことや強みを聞き取る。高齢者自身が認識しているストレングスを研究者が聴取する
6	地域包括支援センター	あり	ストレングスモデルがわが国のケアマネジメントや介護予防ケアマネジメントに及ぼした影響とはどのようなものか	高齢者支援を担うケアマネージャーに対し、高齢者のストレングスをどのように見出しているのかをインタビューしており、支援者が高齢者のストレングスを捉えている
7	A氏いきがい活動支援通所事業（いきがいデイサービス）の利用者	なし	個人別「生きがいプラン」の作成は、高齢者と環境のストレングスを明らかにするか個人別「生きがいプラン」の作成は、ストレングスを引き出す支援方法となり得るか	高齢者に好きなこと、得意なこと、生きがいなど、高齢者自身が強みと認識していることを研究者が聴取する
8	要支援高齢者とふれあいサロンボランティアの学生	なし	要支援の高齢者がデイサービスに適切していくプロセスにおける支援者の役割とはどのようなものか	高齢者とボランティア学生との会話の記録、それぞれへのインタビューから、研究者が第三者として高齢者のストレングスを見出す
9	退院支援に関わったケアマネージャー	なし	終末期高齢者の在宅移行期におけるケアマネージャーの役割とは何か	退院支援を担当したケアマネージャー2名に対し、それぞれの支援プロセスを聞き取り、ケアマネージャーが高齢者のストレングスを捉えていたかどうかを研究者が検討する
10	施設入所に至る直前の認知症高齢者1名	なし	認知症高齢者を支援するうえで求められる本人の体験や憂いを理解するためにはどのようなアプローチが可能か	高齢者に自らの体験を記録してもらい、研究者がその記録からストレングス視点で行為を捉える
11	不満を訴える事例を担当するケアマネージャー	なし	ケアマネジメントに苦情を訴える事例とケアマネージャーとの援助関係はどのように捉えられるか	ケアマネージャーの支援プロセスについての聞き取りから、研究者が、ケアマネージャーが高齢者をストレングスの視点でとらえていたかどうかを検討する
12	地域包括支援センターにおいて把握された「単身高齢者支援ケース」	なし	単身高齢者に対し、ソリューション・フォーカスト・アプローチ（SFA）を基盤としたソーシャルワークプロセス（参画型ソーシャルワーク）は、どのような効果があるか	単身高齢者を選定し、ストレングスを活かす支援モデル、ソリューション・フォーカスト・アプローチ（SFA）を適応して実践しプロセスを整理する研究方法で、支援を担うケアマネージャーが支援対象となる高齢者のストレングスを捉える
13	関節リウマチをもつ高齢者	あり	RA高齢者の生活と人生の質から導かれるストレングスはどのような構造として捉えられるのか	研究者がリウマチを抱える高齢者に対し老年期のライフイベントの語りを促すインタビューを行い、イベントへの対処行動の語りから、研究者がリウマチを抱える高齢者のストレングスを捉える
14	介護サービスのうちショートステイのみを利用している要介護高齢者1名	なし	当事者の視点からみたショートステイサービスとはどのようなものか リロケーションダメージの可能性はあるかサービスに対する評価（満足度）はどのようなものか職員の支援に対する利用者の内面の動きはどのようなものか	ショートステイ利用のたびにお礼状として手記を施設に郵送しているA氏を事例とし、郵送された手記の内容から、研究者がショートステイを利用する高齢者のストレングスを捉える

表2 わが国の高齢者支援におけるストレングスの活用（つづき①）

No.	対象（データ）	定義の有無	研究の問い	研究方法にみるストレングスを捉える方法
15	要介護認定を受けている一人暮らし高齢者	なし	自ら介護の問題に対処する一人暮らしの要介護高齢者が発揮しているストレングスとはどのようなものか	研究者が一人暮らしをしている要介護高齢者に対し、サービス利用に至る経緯についての語りを促すインタビューを行い、要介護状態への対処行動の語りから、研究者が高齢者のストレングスを捉える
16	講座やボランティアに参加する65歳以上の高齢者	あり	高齢者の精神および身体の健康と個々のストレングスはどのように影響し合うのか	研究者が作成したストレングス調査用紙を用いて、自記式留め置き調査を行い、調査項目へ的高齢者の回答からストレングスを捉える
17	老人デイサービス利用者と、介護付き有料老人ホーム入居者	なし	介護の支援が必要であり福祉サービスを利用して生活を営む高齢者が、その生活の中でどのようなスピリチュアルな課題に直面し、あるいは自らのスピリチュアリティによってその生がいかにか強められているのか	高齢者のスピリチュアリティをストレングスと位置づけ、米国で考案されたPILテスト（生きる意味、目的意識を測定する心理検査）と三沢らが開発した高齢者のスピリチュアリティ評定尺度調査票を参考にインタビューガイドを作成し、対象者へのインタビューを実施することで、高齢者の語りからストレングスを聴取する
18	入院し、寝たきりにより廃用性筋力低下をきたし活動性が低下した事例	なし	廃用性筋力低下をきたし活動性が低下した事例は、介入により参加が可能になるまで回復が可能か 廃用性筋力低下から再び参加が可能になるまで回復した事例に対する介入は、何が効果的であったか	報告者が、リハビリ支援において、生活行為向上マネジメントシートを活用し、アセスメントすることで、支援者が高齢者の現状の能力をストレングスとして捉える
19	介護予防支援事業に2年以上継続して参加している後期高齢者	あり	介護予防活動支援事業に参加する高齢者はもともと持っているストレングスを伸ばすことができているか	研究者が高齢者への半構造化したインタビューを実施し、高齢者の語りから研究者が高齢者のストレングスを捉える
20	病院に入院となった自殺未遂者の中の高齢者	なし	高齢の自殺ハイリスク者の対応法の在り方とはどのようなものか 自殺未遂高齢者のライフステージに着目した支援の効果とはどのようなものか	自殺企図と判断され救命された高齢者へライフステージの強みに着目した支援を行う。支援者が、高齢者のライフステージを見極めその強みを推察する
21	認知症治療病棟に勤務し入院中の高齢者を支援する看護師と研究者	あり	入院施設において看護師が高齢者のストレングスをアセスメントするためには、どのような改善可能性があるか	看護師のアセスメント結果について、研究者と看護師との協働によりストレングスの視点で高齢者のアセスメントを捉えなおす
22	A市が開催した多職種事例検討会の記録	なし	本人の自立支援と尊厳保持を中心に据えたケアマネジメントの展開とは何か ①介護支援専門員が困難と感じる事例の特徴はなにか ②地域包括ケアシステム構成要素からみた多職種によるアセスメントの実際はどのようなものか ③抽出された課題の傾向と課題解決策とは何か	多職種による事例検討会の議事録をデータとしており、研究者が議事録から支援者が捉えた高齢者のストレングスといえるものを取り出す
23	A大学の地域交流室を活用し自助グループでの活動を実施している住民	あり	当事者たちのどのようなストレングスが、自助グループ形成に役立つのか、更に専門職はどのタイミングでどのような支援をすればよいか	大学が介入し自助的な活動を支援した4つのグループについて、支援の経過を整理し、徳永らのストレングスを活かした具体的な支援の5つのカテゴリーとその順序を用いて研究者が自助グループのストレングスを捉える
24	複数回の転倒歴を有し、転倒骨折後自宅退院した要介護高齢者	なし	ストレングスリハビリテーションアプローチは、どのように効果を発揮しているか	ストレングスリハビリアプローチを用いた支援経過を整理し、支援プロセスでは、支援者が高齢者のストレングスを捉える
25	特別養護老人ホームに入所している高齢者の介護を担う介護福祉士	あり	特養の看取りの質向上に資する介護職の看取りの実践内容とはどのようなものか。介護職の看取りの実践に見出される介護の専門性とは何か	特養での看取りを実践する際、介護者が捉える高齢者のストレングスに焦点を当てる
26	高齢者複合施設に入居している閉じこもり高齢者1事例	なし	ストレングスリハビリテーションアプローチは、どのように効果を発揮しているか	ストレングスリハビリアプローチを用いた支援経過を整理し、支援プロセスでは、支援者が高齢者のストレングスを捉える

表2 わが国の高齢者支援におけるストレングスの活用(つづき②)

No.	対象(データ)	定義の有無	研究の問い	研究方法にみるストレングスを捉える方法
27	豪雪地帯であるB町のC地区公民館のいきいきサロン事業に参加している高齢者	あり	豪雪という自然環境の中で暮らす高齢者のストレングスは何によって構成されているか	研究者が高齢者への半構造化した質問紙による面接調査を実施し、語りの中からラップのストレングスの構成要素を参考に、研究者がストレングスと解釈できる語りを取り出す
28	骨折治療後、自宅退院し訪問リハビリサービスを利用した高齢者	なし	ストレングスリハビリテーションアプローチは、どのように効果を発揮しているか	支援者が高齢者とのかかわりによって見いだしたICFモデルにおける「できること」をストレングスと捉える
29	福岡県のM社において、区会の会報で参加を募り集まった住民有志	なし	M社のコミュニティが持続可能であるために何が必要か	住民主体の活動に焦点をあてて、その活動の運営・維持の要となっていることを研究者がストレングスと捉える
30	過疎地域における市街地と農村部の地域包括支援センター職員	なし	地域コミュニティがぜい弱化する中で、仕掛けやリーダーの資質が求められる高齢者の社会参加促す居場所づくりはどうあるべきか	地域包括支援センター職員に対し、研究者が半構造化面接を実施し、社会的居場所の運営に関する成果と課題の語りを促し、成果や運営を円滑にする要素を研究者がストレングスと捉える
31	病院に入院したFTD患者	なし	事例の課題をストレングスとして捉えなおすことの介入の効果とは何か	事例の課題に対し、支援者が事例のストレングスを捉え支援に活用する
32	事例A施設におけるC型サービスの利用者で介入により改善の見られた事例	なし	事例の改善につながった介入とは何か	支援者がコーチングの基本としてのストレングスを支援に活用することで、高齢者のストレングスを支援者が捉えて引き出す。
33	大腿骨脛部骨折による入院を経験した高齢者	なし	大腿骨骨折後のQOL向上のための継続支援とは何か大腿骨脛部骨折前後の暮らしを継続支援するためのソーシャルワーク上の視点とは何か、支援方法とはどのようなものか	研究者が高齢者へのインタビューを実施し、受傷から入院を経て在宅復帰に至るまでの時系列の語りを促し、語りの中から研究者が捉えたストレングスを導く
34	看護師が退院支援を行い自宅へ退院した高齢者	あり	高齢者のストレングスを看護師が見出すことで過度な介入を減らし業務を効率化するために、自宅退院を果たした高齢者のストレングスを看護師はどのように捉えたのか自宅退院した高齢者のストレングスとは何か	研究者が退院支援看護師に対する面接調査を行い、自宅へ退院した高齢者に共通するストレングスは何かについての語りから、看護師が捉えた高齢者のストレングスを導く
35	長野県の食生活改善推進員(平均年齢70代、30~50代含む)	なし	主体的に活動に取り組みむボランティアとしての食生活改善推進員の活動に対する希望や思いはどのようなものか食生活改善推進員の活動はどうあるべきか	研究者は無記名の自記式質問紙調査を配布、郵送法で回収し、希望や思いについての自由記載から、研究者が強みと捉えた語りを取り出す
36	A氏B区の住民のアンケート回答者のうち、60歳以上を選定	あり	高齢者が地域を支える担い手として経験や知恵を発揮するために、どのように地域のストレングスを捉えているか	研究者が地域の高齢者に対し自記式のアンケート用紙を配布、地域の強みと課題の自由記述の内容のうち強みの記述を取り出す
37	在宅介護サービスを利用する要支援・要介護認定高齢者	あり	ストレングスは測定可能かケアサイクルにある要介護高齢者のストレングスは可視化可能か	尺度開発のための無記名の自記式質問紙調査票を用いて調査し、対象者の記述からストレングスを捉える
38	認知症のため施設入所したがBPSDのため対応困難となり入院となった1事例	あり	ストレングスに着目した支援は本事例のBPSDをどのように改善したのか	研究者が、ケアを実施した支援者から支援内容と高齢者の反応を聞き取り、支援者が高齢者のストレングスを捉える
39	地域在住高齢者	あり	地域の高齢者と病院看護職者の座談会から見出された地域高齢者のストレングスとは何か	地域高齢者と訪問看護サービス提供者との座談会の報告書から、高齢者が語った地域のストレングスと捉えられる内容を取り出す
40	インフォーマルなグループ活動において世話役であり、主体的に活動している高齢者9名	あり	高齢者の居住地域である小地域において、いかに社会参加活動を活性化し、高齢者の参加を促進することができるかインフォーマルなグループ活動はいかにして活発で継続が可能でありうるか	研究者が対象となる高齢者にインタビューを行い、語りの内容からグループ活動に見出されるストレングスを記述する。

IV 考察

1. 急性期病院の高齢者看護において高齢者のストレングスを活用するための方向性

研究の対象ならびに研究の問いに見出される高齢者のストレングスについて、人生におけるさまざまな体験がストレングスを強化、発展、創造する可能性を示唆していた。つまり、ストレングスは暮らしの中での困難や挑戦を通して適応するプロセスで顕在化するものであり、高齢者ほどストレングスを発揮してきた経験があるといえる。同時に、経験は目に見えにくいことから、看護職者は、ストレングスをアセスメントする技術を修得、向上させる必要がある。

また、高齢者ケアにおけるストレングスの活用では、援助職者が困難さを抱える実践や目標を達成できなかった実践を振り返り検討することで、問題解決アプローチの限界を示すことにより、ストレングスアプローチの必要性を示唆していた。援助職者は、高齢者のストレングスを単に長所として捉えるのではなく、支援に活用し効果を発揮してはじめて、ストレングスと位置づけていた。そして、援助関係の相互作用によりストレングスが顕在化するものであることを示していた。高齢者のストレングスを専門職が捉える方法は、対象の状況やストレングスを見出す目的に応じて選択されており、ストレングスとは、ある状況によって表出される固有のものであること、いずれの場合もストレングスを捉えることは専門性であることを示していた。このように、ストレングスをアセスメントすることは、専門技術であり、急性期病院においてストレングスを活用するためには、看護のアセスメント技術としてストレングスを捉える視点を確立する必要がある。

急性期病院に入院していた認知症高齢者の看護ケアの受け止めを明らかにした報告（森本ら，2023）では、看護師を馴染みと感ずることで安心すること、一方で看護師の忙しさに気遣いかかわりをあきらめること、自分の状況がわからず看護師に恐怖を感じることが明らかにされている。このことは、認知症を抱える中でも看護師という新たな人間関係に対し、相互作用を持ちうることを示唆している。治療の場の看護では、看護診断の活用により、問題への着目とリスク管理に傾倒しやすいという指摘（井上ら，2019）、目標志向型のアプローチが定着しにくい（柴原ら，2023）という指摘がある。一方で、看護師は、心身機能が低下していることに対し、問題へ着目しているばかりではなく、当事者の意向や意思の汲み取るスキルを明らかにしている報告もある（橋本ら，2021；鳥田ら，2007）。つまり、急性期病院において、看護師が高齢者のストレングスを活用するためには、看護師が高齢者に対し相互作用を持ちうることを信頼し援助関係の形成に働きかけることによって、ストレングスの顕在化を促進する可能性があると考えられる。

以上のことから、急性期病院の高齢者看護において高

齢者のストレングスを活用するためには、ストレングスのアセスメント技術を修得・向上する必要があること、目に見えにくいストレングスの顕在化を促進するためには、看護師は日ごろ高齢者に対し発揮している当事者の意向や意思を汲み取ろうとするスキルを活かし、援助関係の形成プロセスにストレングスが見出せることを意識する必要性が示唆された。

2. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、ストレングスの活用の実際を捉えるために、査読の有無にはこだわらず対象文献としており、多様な高齢者ケアの場における援助が対象となった。そのため、分析結果は、ケアの場ごとの相互作用の特徴によるストレングスの性質は検討されていないことが限界である。今後は、ケアの場ごとの援助職者の特性と高齢者との相互作用がストレングスにどう影響するのか、実践的な研究を蓄積することが課題である。

利益相反

本研究について報告すべき COI はない。

引用文献

- 秋山千広，野瀬和美，山田由佳他．（2020）．前頭側頭型認知症（FTD）患者の“食”を取り戻す取り組み 残された時間を有意義に過ごすための介入．日本認知症ケア学会誌，19（2），460-466．
- 安達映子．（2013）．単身高齢者支援事例にみる参画型ソーシャルワークの可能性：解決志向アプローチの活用による協働と連携の促進．社会福祉学，54（2），83-93．
- 安仁屋優子，佐久川政吉，下地 幸子．（2021）．高齢者がとらえる小地域の環境のストレングス．老年看護学，25（2），115-122．
- 有竹愛理．（2019）．訪問リハビリテーションにより活動と参加が拡大し、その要因を検討した症例．九州理学療法士学会大会誌，25．
- 榮口咲，大湾明美，佐久川政吉．（2017）．ストレングスの視点をういた認知症高齢者のアセスメント方法の改善 病棟看護師との協働による取り組みから．沖縄県立看護大学紀要，18，11-21．
- 濱崎裕子．（2019）．持続可能なコミュニティ形成の要件に関する考察—地方移住者の街の実態調査分析を通して—．日本の地域福祉，32，37-49．
- 橋本昌子，小山尚美，渡邊裕子．（2021）．寝たきりで言語的コミュニケーションが困難な高齢者の療養生活に関する意向の汲み取り．老年看護学，26（1），96-104．
- 畑香理．（2021）．大腿骨骨折を経験した高齢者の語りからみる生活課題とストレングスの特徴 入院から退院後の在宅生活を中心に．福岡県立大学人間社会学

- 部紀要, 30(1) 35-50.
- 林和歌子. (2002). エンパワメント実践から考察する高齢者パワーlessness及びストレングスの解明. 城西国際大学紀要, 10(1), 131-140.
- 広井良典. (2000). ケア学—越境するケアへ. 医学書院, pp34-44.
- 五十嵐満哉, 川上直子, 諏訪勝志他. (2019). 高齢者複合施設における訪問リハビリテーションの関わりにより活動範囲が拡大し、社会参加及び役割の獲得を図れた一事例. 石川県作業療法学術雑誌, 27(1), 11-16.
- 五十嵐満哉, 桶拓貴, 川上直子他. (2018). 転倒を繰り返しながらも訪問リハビリテーションにて強みを生かした関わりにより生活目標を達成出来た一症例. 石川県作業療法学術雑誌, 26(1), 17-23.
- 井上聡子, 佐藤和子. (2019). 患者の回復プロセスにあった看護診断の在り方; ウェルネ型看護診断へのスイッチオン. Wellness journal, 15(1), 9-14.
- 一般社団法人日本老年看護学会. (2016). 急性期病院において認知症高齢者を擁護する日本老年看護学会の立場表明. <https://www.google.co.jp/url> (2023年11月1日現在)
- Judith Varrard. (2011/2012). 阿部陽子(訳), 看護研究のための文献レビュー マトリックス方式. 医学書院.
- 神山裕美. (2009). 高齢者へのストレングス視点による面接と支援方法 健康生活支援ノートのいきがいプラン作成を通して. コミュニティソーシャルワーク, 3, 59-67.
- 神山裕美. (2007). ストレングス視点の活用と展開 : 地域における高齢者の介護予防と生活支援を通して. 山梨県立大学人間福祉学部紀要, 2, 19-30.
- 金子勇. (2003). 高齢者の自立促進要因とQOL. 現代社会学研究, 16, 63-83.
- 小松亜弥音, 岡田進一. (2018). 特別養護老人ホームの介護職による終末期高齢者を支える日常的介護実践 介護福祉士に対する量的調査の分析結果から. 社会福祉学 58(4), 46-61.
- 近藤絵美. (2023). 第三章老年看護に活用できる理論・理念 8 ストレングス. 正木治恵, 真田弘美(編). 看護学テキスト NiCe 老年看護学概論「老いを生きる」を支えることとは. 改訂第4版. 133-136, 南江堂.
- 小薮智子, 原瀬愛理, 井上かおり他. (2021). 退院支援 看護師が認識する自宅へ退院した高齢者のストレングス. 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 27, 41-48.
- 小薮智子, 松田美鈴, 上野瑞子他. (2022). ケアサイクルにある高齢者のストレングス尺度の妥当性と信頼性の検討. 日本保健科学学会誌, 25(3), 127-135.
- 口村淳. (2014). 要介護高齢者からみたショートステイの意義と課題 ある利用者の手記(手紙)の質的分析. 社会福祉学, 55(3), 94-105.
- 栗山めぐみ, 原佳奈子. (2022). 日本精神科看護学術集会誌, 65(1), 350-351.
- 松橋舞, 山本眞利子. (2015). 高齢者のストレングスが精神的健康と身体的健康に及ぼす影響. 久留米大学心理学研究, 14, 67-72.
- 御子柴裕子, 高増雅子. (2021). 長野県の食生活改善推進員の活動上の強みと課題 活動における希望や思いの分析から. 日本ルーラルナース学会誌, 16, 19-31.
- 室谷牧子, 佐瀬美恵子, 外堀佳代他. (2018). 多職種事例検討会における支援困難事例の分析 学際的アセスメントとストレングスに配慮した課題解決策. 人間健康研究科論集, 1, 3-28.
- 森本恵り子, 平田弘美. (2023). 急性期病棟に入院していた認知障害高齢者の看護師・看護ケアの受け止め方. 老年看護学, 27(2), 67-76.
- 中家洋子. (2009). 高齢者の終末期ケアにおける在宅移行期のケアマネジャーの役割と課題 : 退院時の事例から. 四條畷学園短期大学紀要, 42, 27-35.
- 岡本宣雄. (2015). 高齢者が生活上経験するスピリチュアルなテーマに関する研究 生きる意味に焦点をあてた質的研究. 川崎医療福祉学会誌, 25(1), 37-47.
- 大口洋子, 原等子, 小泉美佐子. (2019). 豪雪地帯に暮らす後期高齢者のストレングスの検討. 日本ルーラルナース学会誌, 14, 1-13.
- 大高靖史, 大久保善朗. (2017). 高齢自殺ハイリスク者の自殺予防 実態調査と症例を通して. 臨床精神医学, 46(11), 1363-1368.
- 大湾明美, 佐久川政吉, 上原綾子. (2010). ケアマネジメントへの不満を訴える事例の事例検討からのケアマネジャーの役割再考. 沖縄県立看護大学紀要, 11, 25-30.
- 大和田猛. (2010). 認知症高齢者ケアにおける実存主義 ソーシャルワーク再考 ある認知症高齢者の生活関与観察を通して. 青森県立保健大学雑誌, 11, 41-59.
- 齋藤建児. (2020). 過疎地域における社会的居場所の円滑な運営方法の検討 地域包括支援センター職員へのインタビュー調査から. 高齢者のケアと行動科学, 25, 56-66.
- 坂上真理. (2002). ケアハウス入居高齢者のストレングスに関する一考察. 北星学園大学大学院社会福祉学研究科北星学園大学大学院論集, 5, 45-53.
- 佐久川政吉. (2014). 関節リウマチをもつ高齢者のストレングスの構造 「老年期のライフイベント」への適応にみられた「能力」から. 老年看護学, 19(1), 62-71.

- 佐久川政吉, 津波勝代, 折戸雅恵. (2022). A 離島における高齢者のもつストレングス 初めての訪問看護事業所開所時の座談会での高齢者の発言の分析から. 日本ルーラルナーシング学会誌, 17, 11-18.
- 柴原加奈, 小松美砂. (2023). 一般病院の看護師がとらえる高齢や看護において目標志向型思考を用いる意義と課題. 老年看護学, 27(2), 77-85.
- 嶋崎今日子, 中尾友香, 廣瀬絵理奈. (2017). 介護予防活動支援事業に参加する高齢者のストレングス. 高知女子大学看護学会誌, 43(1), 161-168.
- 椎名知づる. (2009). 要支援の高齢者がふれあいサロンに適應していくプロセスにおける支援者の役割. 介護福祉学, 16(2), 244-253.
- 蘇曉娜. (2022). 小地域における高齢者の社会参加活動への参加促進要因に関する研究 松江市湊北台地区のインフォーマルなグループ活動の世話役へのインタビュー調査を通して. 日本の地域福祉, 35, 25-37.
- 杉山章子. (2002). 医療における実践モデル考—「医学モデル」から「生活モデル」へ—. 日本福祉大学社会福祉論集, 107, 61-71.
- 田場由紀, 大湾明美, 佐久川政吉他. (2014). ひとり暮らし要介護高齢者の日常生活におけるストレングス社会サービスの活用状況に焦点をあてて. 沖縄県立看護大学紀要, 15, 53-66.
- 鳥田美貴代, 正木治恵. (2007). 看護師がとらえにくいと感じる高齢者の主体性に関する研究. 老年看護学, 11(2), 112-119.
- 月成純. (2021). 短期集中予防型サービスで本人のストレングスに着目し関わった事例. 山口作業療法, 13(1), 58-60.
- 鶴岡イツ子. (2005). 後期高齢者に見られる社会的衰弱徴候とソーシャル・ケースワーク—高齢者夫婦世帯の事例に関する考察. 日本短期大学大憲論叢, 43(46), 1-19.
- 上田章弘. (2016). 疾患別実践例 廃用症候群 グラウンド・ゴルフを通じて自信を回復し地域活動に参加できるようになった通所リハの事例. 作業療法ジャーナル, 50(8), 878-882.
- 上田敏. (2005). ICF (国際生活機能分類) の理解と活用—一人が「生きること」「生きることの困難 (障害) をどうとらえるか. 萌文社, pp5-37.
- 山井理恵. (2007). 介護保険再編後のケアマネジメント—ストレングスモデルに対する検討—. 高齢者ケア政策の展開とケアリング関係の再編報告書, 53-67.
- 吉井智晴, 佐藤和子. (2018). 地域在住高齢者のストレングスを生かした自助グループ形成への支援. 東京医療学院大学紀要, 6, 90-101.

[資料]

グローバル社会における人材育成と教育的視座： 台北医学大学での短期研修を通して得た学び

大城真理子¹⁾, 山口賢一¹⁾

キーワード：グローバル社会、人材育成、教育的視座、台湾、短期研修

Key words: global society, human resource development, perspective of education, taiwan, short-term international seminar program

I. はじめに

グローバル化が進む中、大学の学部教育において国際的な視野をもった人材の育成が求められている（文部科学省，2011）。また、世界規模で健康格差が拡大している状況下では、看護学分野においても、健康や看護に纏わる問題についての対策は、グローバルな視点で捉えていく時代であると言われている（南，2012）。

国際的な人材育成を目的とした大学における国際交流の推進にあたっては、教員や学生等の個人的つながりが契機となる場合が多いが、加えて組織的な取り組みが必要であると先行研究で考察されている（野地ら，2016）。2016年より文部科学省が実施している「我が国の大学の国際化に関する現状」についての調査結果によると、我が国の大学が海外の大学と締結している大学間交流協定、そして我が国の大学が海外に設置している拠点の数は年々増加傾向にあることが明らかにされている（文部科学省，2022）。以上のことから、日本において、多くの大学がグローバル教育を拡充する姿勢を示していることが分かる。

このような流れを受けて、沖縄県立看護大学では、グローバル人材の育成に対応すべく、看護学の学術研究及び保健・医療・福祉教育の発展を目的に2001年からハワイ大学（カウアイ・コミュニティ・カレッジ）との学術交流を締結した。加えて、2011年から台北医学大学と国際交流に関する協定を締結し、学部学生、大学院生及び教職員の交流を促進している。具体的には、国際交流室運営委員会を設け、協定校と安定的に交流ができるように、毎年1回の海外研修や海外大学の視察を通して、継続的な国際化の推進に注力している。

しかし、先行研究でも指摘されているように、単科や小規模大学が多い看護系大学や大学院ではグローバル化を推進することは、語学力や業務多忙などの理由から困難が伴う（成瀬ら，2019）。単科大学である沖縄県立看護大学においても、グローバル人材の育成を目指して組織的に活動してはいるものの、世界に発信するための

教育・研究活動に結びつく国際化の推進には至っていない。そのような中、2023年3月に、学部学生および教員が台北医学大学での海外研修プログラムへの参加を通して、台湾のグローバル化の状況から、①グローバル人材の育成と国際交流の推進、②グローバル社会における文化の継承、③先端技術の活用とDX（Digital Transformation）の推進、の3つの側面から意義ある学びがあった。

よって、ここに台北医学大学での短期研修について報告し、研修を通して得られたグローバル社会における人材育成と教育的視座を考察することで、沖縄県立看護大学の今後の国際交流推進のための基礎資料とする。

II. 研修概要と成果

1. 海外研修参加の目的：沖縄県立看護大学の学生が、1) 国外の医療・看護事情を知り、より広い視野で物事を捉え、変化する国内外の動向に関心が持てるようになる、2) 異文化経験を通して、様々な文化背景にある対象を理解しようとする姿勢が養われる、3) 英語によるコミュニケーション力が向上する。
2. 研修期間：2023年3月13日～3月24日（プログラム実施日は平日の10日間）
3. 研修先：台湾（台北市）にある台北医学大学で研修を行った。台北医学大学は、1960年に設立された私立の大学で、6,000人を超える学生が在籍しており、11学部と1つの教育センター、6つの関連病院を有している。看護学部に関しては修士課程、博士後期課程を有しており、世界各国から留学生の受け入れも行っている（台北医学大学，2023）。
4. 研修参加者：日本の5つの国公立大学から14人の看護学部の学生が研修に参加した。なお、沖縄県立看護大学からは、学生5人（1年次4人、2年次1人）と看護教員1人が引率教員として研修に参加した。
5. 研修内容

研修プログラムは資料1の通りであった。なお、本論文への掲載に際して、台北医学大学より掲載の許諾は得ている。

1) 沖縄県立看護大学

1) 講義

本学学生を含む14人の研修参加者は、台北医学大学の教員による講義（各2時間）を10コマ全て受講した。講義テーマは「福祉工学とデザインに対する考え方」、「東洋医学についての考え方」、「国際災害看護：台湾の災害看護における枠組み」、「台湾における介護」、「加齢に関連したサルコペニア」、「台湾における在宅ケア」、「介護とリハビリテーション」、「台湾の公的保険医療制度」、「在宅環境のvirtual reality（以下、VR）」、「東洋文化における産前産後ケアに対する取り組み」に関するものであった。これらの講義内容は、台北医学大学看護学部が主に取り組んでいる研究課題であり、高齢社会と少子化に起因する看護・介護ケアに焦点が当てられていた。世界的に見ても台湾の合計特殊出生率は最低レベルにあり、少子高齢化が深刻な状況にある。その理由として、近年の台湾の若年層は結婚や出産を望まず、職業キャリア形成を重視する傾向が強いことに加えて、高齢者の寿命が延伸していることが挙げられる。そのため、台湾では高齢社会が深刻化し、その対応が急務となっており、台湾政府は国をあげて高齢者ケアを重点課題と位置づけて取り組んでいる。特に、台湾においては、テクノロジーを駆使した取り組みが目覚ましく、臨床実践の場では介護負担軽減のためにロボットの導入を目指しており、大学・病院との協働で研究開発が進められている。その他、学部の講義においても、台北医学大学の教員が開発したメタバースの教材でVRを活用し、ゴーグル（Head-Mount Display）を装着することで、実際の高齢者の在宅生活を仮想体験することができ、生活上のリスクについての学びを深めた。

一方で、台湾では医療の文化的・伝統的な要素が受け継がれており、東洋医学と西洋医学を融合させた医療提供体制が構築されている。具体的には、鍼灸や漢方なども公的な保険診療でカバーされており、特に女性特有の更年期症状などに活用されている。

なお、研修プログラムの全講義は、英語が共通語として用いられていた。教員の多くは、欧米や香港で博士号を取得した後に、台湾で教鞭を取っている。教員の1人は、海外で自身が受けた教育手法を台湾でも意識的に取り入れており、学生が自ら思考し発言するようなディスカッションを中心とした講義を実践していると話した。その他、多くの講義において、受講者のスマートフォンから専用サイトにアクセスするだけで簡単に利用できるリアルタイムアンケートサービスが活用されており、総じて、クラス内でのディスカッションを促す双方向的なコミュニケーション形式を採用したプログラムが中心であった。

2) キャンパスツアー

台北医学大学の図書館と学際的協働研究センターを中心に、学内の見学ツアーに参加した。図書館は4階建てで、カフェが併設されており、24時間利用できる87席

の自習室が設けられている。図書館には、約150,000冊の書籍と製本された雑誌が所蔵されており、電子ジャーナル約17,000、電子書籍90,000、電子データベース120が購読できる。すべての電子リソースには、いつでも、どこからでもアクセスが可能であり、利用者は、時間や場所を問わずに電子リソースを利用することが出来る（台北医学大学図書館、2023）。その他、図書館では、学生が多くの図書に触れることが出来るように、図書の貸出数に応じて学生がポイントを集めて、かばんやマグカップなどの景品と交換できるようなユニークな取り組みがされている。

学際的協働研究センターは、2018年に設立され、台北医学大学内の学際的なコミュニケーションとコラボレーションを促進する強力なプラットフォームである。領域を超えて学際的に活躍することの出来る人材育成を目指して、多様な学部の学生同士が領域を超えてディスカッションすることが出来るオープンスペースが設けられている。学際的協働研究センターは、学際的学習センター、イノベーション起業家教育センター、デジタルイニシアチブセンターから構成されており、情報、革新、相互性、学際性、国際性、イニシアティブをビジョンに掲げた取り組みがなされている（台北医学大学、2023）。

学際的学習センターには、創造性を高めるようなオフィスのデザイン、そして机や椅子を自由に組み合わせ、すぐに大小のカンファレンスができるような環境が整備されている。

イノベーション起業家教育センターには、学生の起業をサポートする専門事務員が常駐した事務所が設けられており、主に大学院生の研究から生まれたアイデアと起業を結びつける役割を担っている。なお、起業支援については台湾政府による助成金制度があり、指導教員が計画書作成の支援を行ない、起業のための予算申請をしている。起業後の成功の有無にかかわらず、起業を通して得られる経験から視野の広い人材育成を目指している。

デジタルイニシアチブセンターには、3Dプリンターが設置されており、様々な用途で活用されている。例えば、台湾では文化的背景から臓器が一部欠損して亡くなることはあまり良くないことだという考え方を有する者も少なくない。そこで、臓器ドナーに対して学生ボランティアが中心となり、3Dプリンターで欠損した臓器を作成し、遺族のもとに亡骸を還すといった遺族ケアなどに活用されている。

3) 施設見学

(1) 医療機関

研修プログラムには、台北医学大学の関連病院である、3つの急性期総合病院（Taipei Medical University Hospital、Wan Fang Hospital、Shuang Ho Hospital）の見学が組み込まれていた。これらの施設では、外来の受付から診察時、診察費の支払い時まで幅広くIT技術が活用されており、待ち時間を大幅に短縮するなど、業

務の効率化がなされていた。また、各入院病棟でも、ナースステーションにおいて大型のタッチパネルモニターが設置されており、病棟内で共通認識すべき基本情報などが全てナースステーション内のモニターに表示されていた。患者の氏名、食事の種類や禁忌事項といった情報をモニターで表示することで、スタッフ間での情報共有がスムーズに行われており、IT技術の活用により、インシデントの予防においても一役買っているという。なお、このような患者の情報はナースステーションで一元管理されており、ルーム移動をすると病室ネームプレートも自動的に変更されるシステムになっている。さらに、COVID-19の患者の入退室に際して、ワンタッチで消毒・清掃が出来るようなシステムが個室毎に導入され、DXを推進することで、仕事の効率化に繋がっている。

一方で、病院の設計は自然の温もりを感じさせるデザインが取り入れられており、がん病棟では暖色系を中心とした色を用いる、というように院内の環境づくりにも配慮がなされていた。その他にも、病院の屋上では近隣住民のボランティアや長期で入院している患者により、花や野菜、ハーブといった植物が栽培されており、入院中に少しでも患者が自然を感じることで出来るような環境づくりがなされていた。

なお、病院の管理においては、看護部長をはじめとする管理職者のほとんどが博士号を有しており、看護部長は米国で博士号を取得しているとのことであった。

研修に参加した学生は、このような台湾の医療サービスの状況を目の当たりにし、日本の医療サービスにおけるデジタル化・モバイル化の活用の必要性について考える機会を得ていた。

(2) 国立防災科学技術センター

国立防災科学技術センターは、災害による被害を軽減するため、そして緊急事態への備えのための科学技術を災害管理に導入することを目的に台湾政府が設立した機関である(National Science and Technology Center for Disaster Reduction, 2023)。台湾は地震や台風といった大規模災害が頻発する地域であることから、防災を国家レベルの重点事項と位置づけている。当センターでは、降雨予測により水害のリスクをモデル化する研究を行っており、その研究結果を基に災害対策や避難指示といった災害マネジメントを実施している。例えば、LINEなどのテクノロジーを活用し、適宜、防災情報を市民に向けて配信するシステムを構築した実績がある。また、ペットがいる家庭での災害対策、ハンディキャップを有する者への避難方法の周知など、様々な場面を想定した防災対策について検証し、当事者と協働しながら、エビデンスに基づいた災害マネジメントを提案している。

研修に参加した学生は、国立防災科学技術センターの見学を通して、日本においても地震や豪雨による災害の発生リスクが大きいことも踏まえ、台湾の取り組みから

日本の防災についても再考する機会を得ていた。

(3) 医学教育シミュレーションセンター

台北医学大学の学部教育の場、そして医療機関で働いている医師・看護師の現任教育の場として、シミュレーションセンターが活用されている。

シミュレーションセンターでは、2002年から米国ピッツバーグ大学のシミュレーション教育センターと学術協力を締結しており、共同研究で構築されたプログラムを活用しながら、緊急度・重症度の高い患者・家族への対応などのシミュレーションを中心に教育を行っている。

研修に参加した学生は、シミュレーションセンターの見学を通して、日本の大学でも同様のシミュレーションを活用した演習がなされているという共通点を見出すことで、特に、コロナ禍における国内外の教育手法の動向に関心を向けていた。

(4) アシスティブ・テクノロジーセンター

アシスティブ・テクノロジーセンターは、福祉用具の展示と貸出などを統合的に運営している機関である。当センターは台北市の委託により設置され、作業療法士や理学療法士、ソーシャルワーカーといった福祉用具の専門知識を有する専門職を中心に運営されている(Taipei City Resource Portal of Assistive Technology, 2021)。

センター設立の背景には、高齢社会を背景とした高齢者の増加と、それに伴う福祉用具利用のニーズの高まりがある。センターでは、主に i) 福祉機器の評価と再評価、ii) 福祉用具の耐用年数を延ばすための福祉用具のメンテナンス、iii) 機器の貸与、iv) 使用済みデバイスの寄付の受けと再利用、を行っている。特に、アシスティブ・テクノロジーセンターの特徴として、インターネット技術を活用して台北市内の福祉用具の資源を一括管理することで、障害のある人々や社会資源をより効率的に利用できるようなシステムが構築されている。

研修に参加した学生は、アシスティブ・テクノロジーセンターの見学を通して、IT技術を活用したシステムで電動車椅子や介護福祉用具が一括管理されている様子を見学することで、台湾におけるDXの推進の状況を目の当たりにし、医療・介護におけるDXの活用について学びを深めていた。

4) 研修参加者によるプレゼンテーション

初日に、台北医学大学の研修に参加した日本の5つの大学の学生がそれぞれ10分間の大学紹介のプレゼンテーションをパワーポイントに写真や動画を用いてまとめ、英語で発表した。また、最終日にも台湾での学びについて、パワーポイントに写真等を用いてまとめて各大学10分間のプレゼンテーションを英語で行った。各大学の学生は、共通して台湾のグローバル化と、特に高齢者ケアにおけるデジタル化の推進についての学びについて述べていた。また、日本の高齢率のデータを用いて日本と台湾の比較を行い、世界的な高齢社会の課題について

でも言及しており、今回の研修参加を通して、国外の医療・看護事情を知り、より広い視野で物事を捉え、変化する国内外の動向に関心を持つきっかけを得ていた。

なお、台湾では、グローバル人材の育成を目指しており、特に、プレゼンテーション技術の向上と、ディスカッションを通して学びを深めることに重きを置いており、研修に参加した学生は、研修プログラム内での英語によるディスカッションを通して、人前で英語を話すことに慣れ、学生によっては、メモを見ずにプレゼンテーションを行う学生も散見した。以上のことから、研修への参加を通して、その目的の1つである「英語によるコミュニケーション力が向上する」を十分に達成したものと評価できる。

5) 人的交流

台北医学大学の学生がメンターとして、研修参加者のサポートを行う中で、日本と台湾の学生が双方の交流を深めた。台北医学大学の学生メンターは、1名の日本人学生に対して、1名の配置があり、研修プログラムがない土日や夕方に台湾の観光地を案内することで交流を深めていた。その他、有償ボランティア（時給1000円）1名の学生が研修プログラムの全スケジュールにおいて学生のサポートを行っていた。具体的には、翌日の待ち合わせ場所のアナウンスやプログラム参加の出欠確認などを行っていた。なお、ボランティア学生は、本研修を担当する台北医学大学の教員が募集を行い、リクルートされたとのことであった。日本からの研修参加学生らはボランティア学生との交流を通して、英語でのコミュニケーションの機会を得ることができ、英語によるコミュニケーション力が日々向上していた。

また、同行した教員も、台北医学大学の教員との交流の機会から、共同研究の可能性や教育方法を検討する機会についてディスカッションを行った。なお、台北医学大学は、このような国際交流の機会をきっかけにして、日本をはじめとした様々な国との国際共同研究を実施している。さらに、台北医学大学の教員の英語力の高さの理由として、日常的に海外の大学や研究機関との交流があるため、必然的に英語を話す機会が多いことが英語力の向上に繋がっていると台北医学大学の教員は話した。

III. 考察

台北医学大学での研修プログラムに参加し、そこで得た学びを3つの視点から考察する。

1. グローバル人材の育成と国際交流の推進

2020年、台湾は、グローバル社会において、バイリンガル能力を持つ人材に対する需要が大幅に増加していることから、2030年を目標に台湾を中国語と英語のバイリンガル国家にする政策を打ち出しており、「台湾の労働力が世界とつながるのを支援する」「国際企業を台湾に誘致する」という2つの方向性を掲げている(National Development Council, 2021)。これらの背景

を踏まえ、台北医学大学においても、グローバル人材の育成を見据えた教育が強化されており、海外からの長期・短期留学生を積極的に受け入れていた。今回、台北医学大学での研修から、国際交流を通じた人的交流の推進は、グローバル人材の育成といった教育的効果のみならず、研究者同士の交流の機会にもなっており、国際共同研究の推進にも寄与することを経験として学ぶことができた。先行研究でも、国際交流の成果として、国際的視野の広がり、異文化理解、英語への関心やコミュニケーション能力の向上に寄与することが挙げられている(野地ら, 2016)。よって、沖縄県立看護大学においても、引き続き、国際交流を推進することは、グローバル人材の育成に寄与することに繋がるものと評価できる。また、安定的な国際交流の実施は、国際共同研究の推進にも繋がるものと考えられる。

2. グローバル社会における台湾文化の継承

今回の研修を通して、台湾の医療機関での3Dプリンターを活用した遺族ケアの取り組みや、東洋医学と西洋医学を融合させた医療提供体制が構築されている状況から、台湾ではグローバル社会において、文化と伝統が尊重されている状況があった。先行研究では、「グローバル化の中で、自分と異なる文化や歴史に立脚する人々との共存のため、自国の地域の伝統や文化の理解と尊重がこれからのグローバル社会で重要である」と示されており(国立大学法人山口大学大学院, 2014, p1)、まさに台湾では、地球規模の視野を持ちながら、地域の視点を持ち合わせたグローバルな視点で地域文化が継承されていた。近年、わが国の看護系大学においても、グローバル人材の育成を目指した教育の方向性について議論されつつある(吉沢ら, 2022)。沖縄県立看護大学においても、沖縄県の特徴である島嶼における課題を見据えつつ、沖縄県外・国外の島嶼地域の問題にも幅広く視野を広げ、新たな問題解決の糸口を見つけられる、グローバルな視点を有した人材の育成に取り組んでいるところである(沖縄県立看護大学, 2023)。

以上のことから、今回の台北医学大学での研修を通して、これからのグローバル社会において、グローバル(global)にもローカル(local)にも通じる「グローバル人材」を育成するという方向性が重要であることが改めて明確になった。

3. 先端技術の活用とDXの推進

台湾では、2016年から「デジタル国家、スマートアイランド」という方針を実現させるためにネットワークインフラ整備や、DXがもたらすイノベーションを通じて、民間企業の効率性向上と国際競争力の強化を図る取り組みを重視している。そして、現在、台湾は、科学技術とイノベーションに関する世界ランキングにおいて上位に位置している(田邊, 2022)。

今回の研修において、台湾では、DXが浸透している現状を目の当たりにした。具体的には、医療機関では、

IT を積極的に採用することで患者ケアの質と病院スタッフの生産性を向上させている。また、教育現場では、台北医学大学の教員が開発したメタバースの教材やVR、ゴーグル (Head-Mount Display) などの IT 機器を使用して実際の生活や体験に近い状況を創り、臨場感のある環境での教育がなされている。先行研究では、IT や遠隔授業などを活用し、学生が多様な文化から価値を学ぶことはグローバル社会において重要であることが言及されている (Ergin & Akin, 2017)。以上のことから、台湾の DX 推進の状況から日本においても、今後、教育・臨床現場での DX 活用や応用で新たな価値を創造することが重要であると考えられる。

今回の研修を通して、台湾では、グローバル社会においても、台湾文化を継承しつつ、先端技術の活用と DX の推進により経済的・文化的にグローバルな視点で発展をしていることが視座として得られた。

IV. まとめ

台北医学大学での短期研修を通して、今後の日本の未来において、グローバル人材の育成と国際交流の推進、グローバル社会における文化の継承、先端技術の活用と DX の推進が重要である可能性が示唆された。

これらの学びは、実際に現地の研修プログラムに参加し、台湾のひと・もの・環境に触れることで得られた学びである。研修参加者は、異文化経験を通して、台湾の医療・看護事情を知ること、国内外の動向に関心を持ち、研修プログラムへの参加により、英語によるコミュニケーション力が向上した。

以上のことから、10 日間の研修参加を通して、研修参加の目的を達成できたと評価できる。よって、今後も引き続き、大学の組織として、国際交流を推進することは意義があるものと考えられる。

謝辞：今回、研修を受け入れ下さった台北医学大学の関係者の皆様に心より感謝いたします。

利益相反：本研究における利益相反は存在しない。

著者資格：MO は研究の着想およびデザイン、論文執筆をおこなった。KY は研究プロセス全体への助言および原稿への示唆をおこなった。すべての著者は最終原稿を読み承認した。

引用文献

Ergin, E., Akin, B. (2017). Globalization and its reflections for health and nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 607-613.

国立大学法人千葉大学. (2022). グローバル. <https://www.chiba-u.ac.jp/global/index.html> (2023 年 3 月 31 日現在)

国立大学法人山口大学大学院. (2014). 教育におけるグ

ローバル化と伝統文化. 初版. 株式会社建帛社. 東京.

野地有子, 近藤麻理, 小寺さやか, 著者他. (2016). 10 年後を見据えたグローバル人材育成・国際交流の推進 コンテンツ報告書. 看護学教育における FD マザーマップの開発と大学間共同活用の推進, 平成 27 年度～28 年度 看護学教育 FD マザーマップ・コンテンツ開発, 看護学教育研究共同利用拠点 千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センター, 1 - 38.

南裕子. (2012). グローバル化のなかでの看護学のあり方, *日本看護科学会誌*, Vol. 32, No. 2, 77-78.

文部科学省. (2011). 産学連携によるグローバル人材育成推進会議. https://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/shitu/sangaku/1301460.htm (2023 年 3 月 31 日現在).

文部科学省. (2022). 我が国の大学の国際化に関する現状. https://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/shitu/08052204/1417852_00001.htm (2023 年 3 月 31 日現在).

National Science and Technology Center for Disaster Reduction. (2023). <https://ncdr.nat.gov.tw/>. (2023 年 3 月 31 日現在).

National Development Council. (2021). https://www.ndc.gov.tw/en/Content_List.aspx?n=BF21AB4041BB5255&upn=9633B537E92778BB. (2023 年 3 月 31 日現在).

成瀬和子, 杉本敬子, 柳澤理子, 著者他. (2019). 日本の看護系大学院におけるグローバル化の現状. *日本看護科学会誌*, Vol. 39, p. 254-260. DOI:10.5630/jans.39.254

沖縄県立看護大学. (2023). <https://www.okinawa-nurs.ac.jp/daigaku/aisatsu/> (2023 年 5 月 30 日現在).

台北医学大学. (2023). <https://eng.tmu.edu.tw/#> (2023 年 3 月 31 日現在).

台北医学大学. (2023). College of Interdisciplinary Studies. <https://eng.tmu.edu.tw/Front/Academic/Icollege/Page.aspx?id=9MDH7z%2BLWlo=2023年5月30日現在>.

台北医学大学図書館. (2023). <https://library.tmu.edu.tw/Forms/Form0101/Form0101.aspx> (2023 年 5 月 30 日現在).

Taipei City Resource Portal of Assistive Technology. (2021). <https://tpap.taipei/app37/homepageEng/index>. (2023 年 3 月 31 日現在).

田邊康雄. (2022). 今後の DX (デジタルトランスフォーメーション) 実現課題 自治体と企業は何をなすべきか～もしピンクのマスクを配られたらあなたはどうか対応する～. *白梅学園大学・短期大学情報教育研究*, No. 25, 19-34.

吉沢豊予子, 西村ユミ, 太田喜久子, 神原咲子. (2022). -【鼎談】地元と連携し新たな看護学の創成をめざす- 看護系大学の役割と取り組み. *看護研究*, Vol. 55, No. 5, 450-460.

資料1

Program Schedule
The Study Program for 2023 March Inbound Students at College of Nursing, TMU
(2023/03/13-2023/03/24)

Week	Day	Time	Schedule	Location	Speaker(s) / Host(s)
Week One	3/13 (Mon)	10:00 12:00	<ul style="list-style-type: none"> ● Opening Remarks ● Program Briefing by the Director ● Introduction for College of Nursing at TMU & Taipei Overview ● Introduction for Inbound Universities (about 10 minutes by each group) 	Conference room, College of Nursing, CMB 13F 護理學院大會議室	Dean Kuei-Ru Chou 周桂如院長 Vice Dean Min-Huey Chung 鍾明惠副院長 Vice Dean Hsiu-Ting Tsai 蔡秀婷副院長 Director Kee-Hsin Chen 陳可欣主任
		12:00 13:30	Welcome Lunch	CMB 13F Lobby 護理學院大廳	Prof. Huei-Ling Chiu 邱惠鈴老師 Prof. Shu-Chun Lee 李淑君老師 Prof. Chun-De Liao 廖峻德老師 Prof. Yu-Huei Lin 林玉惠老師 Prof. Fu-Chih Lai 賴甫誌老師 Prof. Yu-Lin Wu 吳宥霖老師
		14:00 16:00	Assemble at 13:50 - CMB 13F Lobby Campus Tour 14:00-14:50 Library Tour 15:00-16:00 History Gallery	CMB 2F Library 圖書館 CMB (Front Building) 1F History Gallery 校史室	
	3/14 (Tue)	10:00 12:00	Lecture: Gerontechnology and Design Thinking	Hu, Shui-Wang International Conference Hall, CMB 16F) 胡水旺國際會議廳	Prof. Dorothy Bai 白若希老師
		14:00 16:00	Assemble at 13:30 - CMB 13F Lobby Wan Fang Hospital Tour	WFH 萬芳醫院	Director Doresses Liu 劉淑芬主任 Vice Director Mei-Jung Wu 吳美容副主任
	3/15 (Wed)	10:00 11:30	Assemble at 09:30 - CMB 13F Lobby Visiting the Rehabilitation Department: Lecture, Extracorporeal Shock Wave Therapy, Mirror Therapy	Department of Rehabilitation, SHH 雙和復健醫學部	Prof. Chun-De Liao 廖峻德老師
		12:30 14:30	Shuang Ho Hospital Tour	SHH 雙和醫院	Director Hsiu-Ju Jen 任秀如主任 Vice Director Shu-Fen Chen 陳淑芬副主任
	3/16 (Thu)	10:00 12:00	Lecture: Introduction to Chinese Medicine & Visit Chinese Medicine Clinic	Hu, Shui-Wang International Conference Hall, CMB 16F)	Dr. Wan-Ling Lin 林琬翎醫師
		15:00 17:00	Lecture: Global Disaster Nursing ~Taiwan's disaster framework	胡水旺國際會議廳	Prof. Fu-Chih Lai 賴甫誌老師
	3/17 (Fri)	10:30 12:00	Assemble at 10:00 - CMB 13F Lobby Visiting the National Science and Technology Center for Disaster Reduction (NCDR)	National Science and Technology Center for Disaster Reduction (NCDR) 國家災害防救科技中心	Prof. Fu-Chih Lai 賴甫誌老師
14:00 16:00		Assemble at 13:50 - TMU Daan Campus 1F Visiting the Center for Education in Medical Simulation	Center for Education in Medical Simulation, 8F, TMU Daan Campus 大安校區醫學模擬教育中心	Dr. Pei-Xing Xie 謝沛興醫師	

Week	Day	Time	Schedule	Location	Speaker(s) / Host(s)	
Week Two	3/20 (Mon)	10:00 12:00	Lecture: Long-Term Care in Taiwan	Hu, Shui-Wang International Conference Hall, CMB 16F)	Dr. Yen-Ben Kao 高燕彬醫師	
		14:00 16:00	Lecture: Age-Associated Sarcopenia	胡水旺國際會議廳	Prof. Shu-Chun Lee 李淑君老師	
	3/21 (Tue)	10:00 12:00	Lecture: Introduction to Home Care in Taiwan	Hu, Shui-Wang International Conference Hall, CMB 16F 胡水旺國際會議廳	Prof. Yu-Lin Wu 吳宥霖老師	
		14:00 16:00	Lecture: Technological Application Transforms Clinical Rehabilitation and Improves Exercise		Prof. Po-Yin Chen 陳博因老師	
	3/22 (Thu)	10:00 12:00	Lecture: Universal Health Insurance - Lessons Learn from Taiwan	Cheng-Pu Conference Hall, CMB (Front Building) 4F 誠樸廳	Dr. Tzay-Jinn Chen 陳再晉醫師	
		14:00 16:00	Lecture: Virtual Reality Home Environment	Xing-Chun Building 1F VR LAB	Prof. Li-Fong Lin 林立峯老師	
	3/23 (Thu)	10:00 12:00	Assemble at 9:30 - CMB 13F Lobby Visiting the Assistive Technology Center	New Taipei City Assistive Technology Resources Center 新北市輔具資源新店中心	Prof. Li-Fong Lin 林立峯老師	
		14:00 16:00	Lecture: Introduction to Doing-The-Month for Postpartum Mothers in Chinese Culture	Hu, Shui-Wang International Conference Hall, CMB 16F 胡水旺國際會議廳	Prof. Evelyn Lin 林淑玲老師	
	3/24 (Fri)			Free Activity		
		15:00 17:00	Final Presentation and Evaluation (about 10 minutes by each group)	Conference room, College of Nursing, CMB 13F 護理學院大會議室	Dean Pei-Shan Tsai 蔡佩珊院長 Vice Dean Min-Huey Chung 鍾明惠副院長 Vice Dean Hsiu-Ting Tsai 蔡秀 副院長 Director Kee-Hsin Chen 陳可欣主任 Prof. Huei-Ling Chiu 邱惠鈴老師 Prof. Shu-Chun Lee 李淑君老師 Prof. Chun-De Liao 廖峻德老師 Prof. Yu-Huei Lin 林玉惠老師 Prof. Fu-Chih Lai 賴甫誌老師 Prof. Yu-Lin Wu 吳宥霖老師	

TMU=Taipei Medical University CMB=Comprehensive Medical Building (Rear Building)
WFH=Wan Fang Hospital SHH=Shuang Ho Hospital

Reminder

※ Assemble point is the Lobby, College of Nursing at 13F, CMB.

1. **Pre-departure:** Please confirm your flight and accommodation information with us as soon as possible.
2. **Briefing:** Students will need to give a 10-minute introduction of their colleges/universities in English. (Please send us the presentation slides before/when you arrive at TMU).
3. **Closing Presentation:** Students are requested to give a group presentation as evaluation of the program. Topics may include: nursing education, practicum experience, healthcare system, university life, etc.
4. **Because 3/14 and 3/15 will be arranged to visit the hospital, a negative result of the rapid test within 24 hours should be presented.**

その他(資料)

ハイブリッド型のクリティカルケア看護実習で学生が抱くアセスメントに対する困難感と協同作業の認識－学生インタビューより－

具志堅翔子¹⁾, 謝花小百合¹⁾, 大城真理子¹⁾, 源河朝治¹⁾

キーワード: クリティカルケア看護, 遠隔実習, 看護過程, 困難感, 協同作業認識

Key words: critical care nursing, remote practice, nursing process, sense of difficulty, recognition of collaborative.

I. はじめに

看護過程は①アセスメント、②看護上の問題を明らかにする、③目標設定、④看護計画立案、⑤実施、⑥評価という相互に関連しあう6つの段階から構成され、思考を整理し、臨床判断をするうえで重要(江川, 2019)である。一方で、初学者にとって困難が大きく、学生はアセスメントに困難を感じている(河村ら, 2015)ことが報告されている。

令和4年度に報告したA大学でのクリティカルケア看護実習における学生のアセスメントに対する困難感の実態調査(具志堅ら, 2023)では、アセスメントの段階では、「情報の総合」、「問題の統合」、「情報の分析」において困難の程度が強く、ゴードンの機能的健康パターン別では、心理的・社会的領域において困難の程度が強かったことが明らかとなった。

その結果を踏まえ、教授方法を変更した。そのため、質問紙調査に加えてグループインタビュー調査を実施し、より具体的な遠隔実習での特徴と課題を見出すことは重要である。

そこで、本研究の目的は、ハイブリッド型のクリティカルケア看護実習を終えた学生が抱く看護過程のアセスメントに対する困難感の特徴と協同学習の認識を明らかにすることである。本研究から得られた成果より、今後のクリティカルケア看護関連科目の授業方法改善への示唆を得ることにつながる。

用語の定義

- 看護過程のアセスメント: アセスメントの思考過程を「観察」「情報の整理」「情報の解釈」「情報の総合」「情報の分析」「問題の統合」の6段階とする(江川, 2019)。本研究では、看護過程のアセスメントを『アセスメント』とした。
- 看護過程のアセスメントにおける困難感: 本研究では、河村ら(2016)が「1. 看護過程のアセスメント」で示した思考過程の6段階について困難内容を明らかにし

た質問項目を用いて、看護過程のアセスメントにおける困難感とした。

- 協同作業と協同作業の認識: 協同作業とは他者と協同して何らかの課題を達成しようとすることである(長濱ら, 2009)。本研究では、長濱ら(2009)が示した協同効用、個人志向、互惠懸念の3因子で構成された質問項目を用いて、協同作業の認識とした。
- クリティカルケア看護: A大学は、「クリティカルケア看護」と「緩和ケア」に関する内容を「クリティカル・緩和ケア」と1つの科目として、講義・演習・実習を構成している。クリティカル・緩和ケア実習は、10日間の内9日をクリティカルケア実習、1日を緩和ケア実習として構成している。今回は、9日間のクリティカルケア看護実習とする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン: 混合研究デザイン

2. 対象者

令和Y年度クリティカルケア看護実習を履修し、成績評価が確定したA大学4年次74名に対し調査を実施し、質問紙調査では17名から回答を得た(回答率: 22.9%)。そのうち、質問項目のすべてが回答されているもの、学内・遠隔実習を経験したものを分析対象とし、17名を有効回答(有効回答率: 100%)とした。インタビュー調査では、5名から参加の承諾を得た。

3. クリティカルケア看護実習(遠隔・学内・臨地実習)の概要

クリティカルケア看護実習(2単位)は、4年次前期開講の授業で周手術期看護の実習を行っている(5～7月)。令和Y年度はCOVID-19の影響で、実習施設が学生の受け入れができない状況になり、A大学では授業方法を全面的に遠隔授業へ変更した。そのため、遠隔・学内・臨地実習のハイブリッド型の実習へ変更となった。10日間の臨地実習が経験できたのは、実習グループ14グループの内2グループであった。そのほかのグループは、学内実習は3日間(すべて半日)、遠隔実習は7日間であった。

1) 沖縄県立看護大学

1) 周手術期のシナリオ

大腸がんの事例であった。基本情報（氏名、年齢、疾患名、手術名、患者の疾患に対する認識、精神・社会的・経済的背景、家族構成など）を作成した。手術2日前に入院し手術後6日目までの状況を設定した。

2) 遠隔・学内実習を行うにあたっての組み立て

遠隔・学内実習では、半日ごとに「患者の術後経過に伴った観察と報告」のシミュレーションと看護過程の展開を実施した。遠隔実習ではZOOMを介して、学内実習はグループ毎にシミュレーションを実施した。シミュレーションでは、学生1名が実施している間、その他の学生は観察者として参加した。実施後のディスカッションでは、シミュレーションや報告の場面を振り返り、グループメンバーの思考や行動の意図を共有できるよう

に、教員が積極的に発問をした。

看護過程の展開では、シミュレーション場面から得た情報を基に、個別でアセスメントを行った後に、カンファレンスでグループワークを実施した。その際、問題と捉えた情報や解釈、予測される問題をメンバーで共有した。アセスメントの方向性が異なる場合は、教員がどの段階で解釈の違いが出たのか、グループメンバーへ発問し、全員が理解し翌日の準備へ進めるように介入した。

3) 遠隔・学内実習の実際（表1）

学内実習は、1グループ6名の学生で4～5グループで構成された。各グループに実習指導教員1名が配置された。実習室にベッドを配置し、各病室の環境を作った。

表1 遠隔・学内実習の実際

日数	方法	内容
1日目	遠隔	事例の基本情報の提示、記録の整理、事例の手術に関連するDVDの視聴、自己学習
2日目	遠隔	学生自身で、術前～術後1日目のアセスメントから看護計画立案まで実施
3日目	学内	午前：クリティカルケア看護演習の周手術期看護（術後の観察と管理）の授業、グループワークを実施
	遠隔	午後：看護過程の記録の振り返り、記録の整理、カンファレンス
4日目	遠隔	観察と報告（ISBARC [*] に沿って）を学生1名ずつ実施
		カンファレンス
		看護過程の記録の振り返り、記録の整理
5日目 ・ 6日目	学内 遠隔	午前：術後3日目と4日目のシミュレーションを実施（学生の立案した看護計画に沿って）、退院指導に向けた情報収集と準備、グループワーク
		午後：看護過程の記録の振り返り、記録の整理、カンファレンス
		〈シミュレーションについて〉 学生が実施する計画を看護師役の教員へ報告、その後実施、評価を行った。具体的には、各学生が30分間看護実践を行った。その内容は、看護計画の報告5分、実施10分、実施後の報告5分、ディスカッション10分であった。各ベッドで等身大の全身型マネキンタイプの低機能シミュレーターを用い、学生が患者への声掛け、質問をした際は教員が患者役としてコミュニケーションを行った。シミュレーション後は実践した内容、患者の状況を踏まえ、学生が個別でアセスメントを行った。その後、各自で行ったアセスメントの内容をディスカッションするなど、学内であれば対面、遠隔であればZOOMのいずれかの方法でグループワークを実施した。
7日目	学内	記録の整理、退院指導に向けた準備
8日目	学内	午前：術後6日目の退院指導のシミュレーションを実施（学生の立案した看護計画、指導案に沿って）、グループワーク
	遠隔	午後：看護過程の記録の振り返り、記録の整理、カンファレンス
9日目	遠隔	臨床判断のケース（離床に伴う転倒転落に関して）に沿った看護過程の展開 緩和ケア実習
10日目	遠隔	実習のまとめ（全グループが集合して学生1名ずつ発表する） 記録の整理・まとめ

* ISBARC 「I：報告者」「S：状況」「B：背景」「A：判断」「R：提案」「C：指示の再確認」の略

4) 看護過程のアセスメントの枠組み

看護過程のアセスメントの枠組みとして用いたゴードンの機能的健康パターン（以下、機能的健康パターン）は、11のパターン（健康知覚－健康管理、栄養－代謝、排泄、活動－運動、睡眠－休息、認知－知覚、自己知覚－自己概念、役割－関係、セクシャリティ－生殖、コーピング－ストレス耐性、価値－信念）で構成されている

（マージョリー・ゴードン、2006）。

4. 調査方法と調査時期

令和Y年12月に4年次が集まる教室で、研究の目的と方法ならびに倫理的配慮に関する説明を文書と口頭で行った。

1) 自己記入式質問紙調査

令和Y年12月～令和Z年2月に、記名の自己記入式

質問紙調査を実施した。説明文と調査用紙を配布し、回答した調査用紙は密閉式質問紙回収箱への投函と、WebにおけるMicrosoft officeのFormsを用いて実施した。

2) グループインタビュー調査

令和7年2月にZOOMを利用して実施した。参加者5名を2名と3名のグループに分けて実施し、インタビューの時間は各グループ45分程度であった。インタビューは、研究参加者の了承を得てZOOMで録画した。

5. 調査内容

1) 自己記入式質問紙調査

(1) 看護過程のアセスメントの困難内容 (図1)

看護過程のアセスメントの困難内容は、先行研究で明らかにされた困難内容51項目を用いて、質問紙を作成した(河村ら, 2015)。これらの困難内容は、「A 観察」:

13項目、「B 情報の整理」: 11項目、「C 情報の解釈」: 22項目、「D 情報の総合」: 1項目、「E 情報の分析」: 2項目、「F 問題の統合」: 2項目で構成される。困難の程度は、河村ら(2016)の先行研究と同様に10段階「1点: 困難の程度が弱い」～「10点: 困難の程度が強い」で調査した。なお、先行研究で調査項目についての妥当性は検討されている。また、質問項目の本研究への使用にあたり、事前に開発者の許諾を得た。

令和Y年度はCOVID-19の影響で、臨地実習から遠隔・学内・臨地実習へ変更となったため、「カルテからの情報収集」の1項目を省いた50項目へ改編した質問項目を用いた。「A 観察」から「C 情報の解釈」は、アセスメントの枠組みとして機能的健康パターン(マージョリー・ゴードン, 2006)で構成されている。

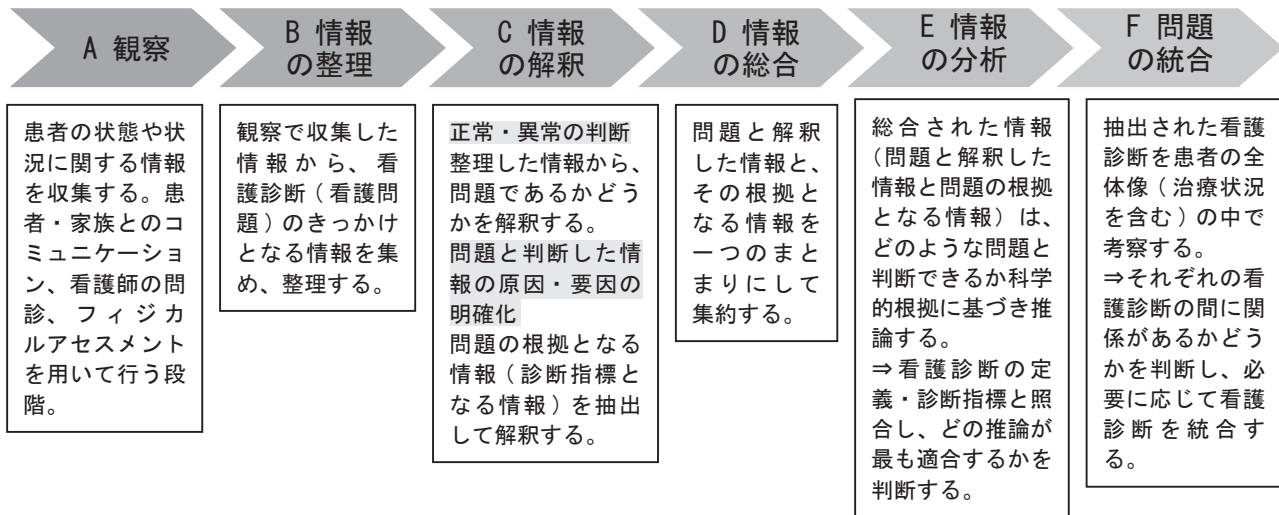


図1 アセスメントの6段階*

*先行研究(江川, 2019; 河村ら, 2016)の内容を基に作成した

(2) 協同作業の認識

先行研究で作成された協同作業認識尺度(長濱ら, 2009)を使用した。この尺度は、協同効用(9項目)、個人志向(6項目)、互惠懸念(3項目)の3因子から構成される。18項目に対し、5段階「1点: 全くそう思わない」～「5点: とてもそう思う」で調査をした。協同作業認識尺度は、協同効用(協同作業が効果的であると認識)を高く評価し、個人志向(個人作業を好む傾向)と互惠懸念(協同作業による利益を得ることが難しいという認識)を低く評価するほど、協同作業に対する認識が肯定的であると判定される。なお、先行研究において探索的・確証的因子分析が行われ、尺度の信頼性と妥当性は確認されている(長濱ら, 2009)。また、尺度の本研究への使用にあたり、事前に開発者の許諾を得た。

2) グループインタビュー調査

「グループワークについて感じたこと」、「学内や遠隔

実習で感じたこと」の2つのテーマについて尋ねた。

6. 分析方法

1) 自己記入式質問紙調査

看護過程のアセスメントの困難の程度に関しては、50項目を「A 観察」から「F 問題の統合」の6つの段階ごとに分類した。また、アセスメントの段階「A 観察」から「C 情報の解釈」の計44項目を、11の機能的健康パターン毎(1パターン4項目)に整理した。協同作業の認識は、18項目を3因子ごとに分類した。

それぞれの項目・分類ごとに、記述統計を用いて平均値と標準偏差を算出した。

2) グループインタビュー調査

録画した音声データから逐語録を作成し、2つのテーマ(グループワーク、学内や遠隔実習について)毎に学生の語りからキーセンテンスを抜き出した。それを意味内容ごとに分類、要約として集約し、質的帰納的に分析

表2 アセスメントの困難内容 50 項目と段階ごとの困難の程度[☆] (n = 17)

アセスメントの困難内容	平均値±標準偏差		
	各項目	各段階	
A 観察			
非言語的コミュニケーションにより患者から情報収集	4.53 ± 1.55		
健康知覚—健康管理パターン	3.47 ± 1.84		
栄養—代謝パターン	3.71 ± 1.80		
排泄パターン	3.82 ± 1.67		
活動—運動パターン	4.00 ± 1.87		
睡眠—休息パターン	3.35 ± 1.37	4.52 ± 1.37	
認知—知覚パターン	4.76 ± 2.56		
自己知覚—自己概念パターン	5.12 ± 2.69		
役割—関係パターン	4.29 ± 2.34		
セクシャリティー—生殖パターン	6.59 ± 2.74		
コーピング—ストレス耐性パターン	4.71 ± 2.26		
価値—信念パターン	5.82 ± 2.27		
B 情報の整理			
健康知覚—健康管理パターン	4.82 ± 3.07		
栄養—代謝パターン	4.71 ± 2.91		
排泄パターン	3.76 ± 2.14		
活動—運動パターン	4.47 ± 2.72		
睡眠—休息パターン	3.47 ± 2.18	4.32 ± 1.90	
認知—知覚パターン	4.35 ± 2.42		
自己知覚—自己概念パターン	4.65 ± 2.62		
役割—関係パターン	3.94 ± 2.38		
セクシャリティー—生殖パターン	4.71 ± 2.52		
コーピング—ストレス耐性パターン	4.59 ± 2.24		
価値—信念パターン	4.06 ± 2.28		
C 情報の解釈			
健康知覚—健康管理パターン	4.41 ± 2.53		
栄養—代謝パターン	4.06 ± 2.22		
排泄パターン	4.06 ± 2.11		
活動—運動パターン	4.06 ± 2.25		
睡眠—休息パターン	3.59 ± 2.00		
認知—知覚パターン	4.18 ± 2.46		
自己知覚—自己概念パターン	4.71 ± 2.82		
役割—関係パターン	4.82 ± 2.70		
セクシャリティー—生殖パターン	5.24 ± 2.61	4.77 ± 1.71	
コーピング—ストレス耐性パターン	4.82 ± 2.53		
価値—信念パターン	5.18 ± 2.86		
健康知覚—健康管理パターン	4.88 ± 2.50		(4.46 ± 1.87 †)
栄養—代謝パターン	5.00 ± 2.40		(5.07 ± 2.01 ‡)
排泄パターン	4.76 ± 2.08		
活動—運動パターン	5.12 ± 2.21		
睡眠—休息パターン	4.29 ± 2.26		
認知—知覚パターン	5.24 ± 2.56		
自己知覚—自己概念パターン	5.35 ± 2.45		
役割—関係パターン	5.18 ± 2.48		
セクシャリティー—生殖パターン	5.41 ± 2.50		
コーピング—ストレス耐性パターン	5.35 ± 2.37		
価値—信念パターン	5.24 ± 2.64		
D 情報の総合			
問題と考える情報とその原因となる情報を、1つのまとまりに集約	6.71 ± 2.39	6.71 ± 2.39	
E 情報の分析			
予測される問題を科学的根拠に基づき推論	5.94 ± 3.05	5.82 ± 2.36	
予測される問題を看護診断の定義・診断指標と照合	5.71 ± 2.54		
F 問題の統合			
抽出された問題と問題の関連性があるか判断	5.88 ± 2.42	5.79 ± 2.44	
必要に応じて問題を統合	5.71 ± 2.62		
50 項目の平均値と標準偏差 †		4.73 ± 1.52	

[☆]各項目で「1点：困難の程度が弱い～10点：困難の程度が強い」の10段階で調査

† A 観察「電子カルテから情報収集」の1項目を除く、50項目の平均値と標準偏差

‡ C 情報の解釈の正常・異常の判断の平均値と標準偏差

§ C 情報の解釈の原因・要因の明確化の平均値と標準偏差

した。分類や要約の表現の適切性について、共同研究者と検討し洗練性を高めた。

7. 倫理的配慮

本研究は、研究者の所属機関の倫理審査委員会の承認(承認番号:21013-変更1)を得て実施した。研究協力を依頼するにあたり、メーリングリストの使用については、A大学看護学部長より承諾を得て実施した。また、メールの送信は学生への強制力が働かないように、研究者以外の第三者へ依頼した。

III. 結果

1. 自己記入式質問紙調査

1) 看護過程のアセスメントの困難内容とその程度

(1) 50項目の困難の程度(表2)

50項目のアセスメントの困難の程度の平均値と標準偏差は、 4.73 ± 1.52 点であった。

(2) アセスメントの段階ごと困難の程度(表2)

アセスメントの段階別にみた困難の程度は、「D情報の総合」が 6.71 ± 2.39 点と最も困難の程度が強く、次いで「E情報の分析」が 5.82 ± 2.36 点、「F問題の統合」が 5.79 ± 2.44 点、「C情報の解釈」が 4.77 ± 1.71 点、「A観察」が 4.52 ± 1.37 点と続いた。最も困難の程度が弱かったのは「B情報の整理」で 4.32 ± 1.90 点であった。また、「C情報の解釈」は「正常・異常の判断」と「問題と判断した情報の原因・要因の明確化」の2つに分けられる。「正常・異常の判断」は 4.46 ± 1.87 点だったのに対し、「問題と判断した情報の原因・要因の明確化」は 5.07 ± 2.01 点と困難の程度が強かった。

(3) 機能的健康パターンごとの困難の程度(表3)

アセスメントの困難内容50項目のうち、アセスメントの段階「A観察」から「C情報の解釈」の計44項目を11の機能的健康パターン毎に整理した。「セクシャリティー-生殖パターン」が 5.49 ± 2.18 点と最も強く、次いで「価値-信念パターン」が 5.07 ± 2.15 点であった。逆に、最も弱かったのは「睡眠-休息パターン」が 3.68 ± 1.55 点、次いで「排泄パターン」が 4.10 ± 1.48 点であった。

2) 協同作業の認識(表4)

協同作業認識尺度の3つの下位因子の平均値±標準偏差を算出した。「協同効用」は 4.14 ± 0.64 点、「個人志向」は 2.80 ± 0.83 点、「互恵懸念」は 1.61 ± 0.62 点であった。

2. インタビュー調査

以下に、テーマごとの結果を述べる。要約は【】を用いて示す。

1) グループワークについての学生の思い(表5)

分析の結果、13のキーセンテンスから、7つの要約として集約した。この7つの要約は【グループワークを通して他者の思考を知ることで、自己の考えの拡充】、【グループでの主体的な取り組みを優先的にを行い、必要な時

に教員の活用】、【他者の意見を聞くことで苦手意識の増幅】、【大人数のグループにおける、個人の負担感やグループワークへの貢献度の偏り】、【グループ討議が活性化しない場合は、教員の参加を要望】、【グループメンバーの力量をみて、自分の行動を決定】、【4年間の学生生活でできた人間関係が、グループ内での関係性に影響】であった。

2) 学内や遠隔実習に対する学生の思い(表6)

分析の結果、8つのキーセンテンスから、5つの要約として集約した。この5つの要約は【術後の詳細な状況設定を通して一般的な回復過程の理解】、【同じ患者を受け持つことで不足している点を補い合いそれぞれの視点や考察の違いを実感】、【実習中に感じたことを教員にすぐに確認できる安心感】、【グループ活動をすることで一人で実践する場面を想起させ不安や懸念の増大】、【様々な理由から生じる遠隔でのグループワークへの不平等感】であった。

IV. 考察

1. 看護過程のアセスメントに対する困難感の特徴とその要因

本研究において、アセスメントの段階ごとでは「D情報の総合」、「E情報の分析」、「F問題の統合」で困難の程度が強かった。これは先行研究で示された調査結果(河村ら, 2016)と近似の結果であった。また、令和4年度の調査報告(具志堅ら, 2023)においても、困難の程度は本研究結果と同様であった。「D情報の総合」から「F問題の統合」は、解剖生理学や病態学、薬理学等の基礎医学の分野、発達段階、心理・社会的背景などの複数の知識を必要とされる。また、それらを推論・統合する能力が求められる段階であり、学生はより複雑な思考を求められるため、本研究結果でも困難の程度が強かったと考えられる。

アセスメントの機能的健康パターンごとの困難の程度は「セクシャリティー-生殖」、「価値-信念」パターンで強かった。マージョリー・ゴードン(2009)は、「11の機能的健康パターンの順序は、アセスメントをうまく進める順序でもある。自己、気分状態、人間関係、性的側面については、信頼関係を築いてから後半で質問する」と述べている。調査時は、臨地実習から学内・遠隔のハイブリッド型実習へ変更となり、シミュレーション場面では実際の患者とのコミュニケーションが行えなかった。学生は対象との信頼関係の構築という経験が不十分であり、スムーズな情報収集が行えなかったことが、困難の程度が増強する要因として考えられる。

一方で、50項目の困難の程度の平均値は 4.73 ± 1.52 で、令和4年度の調査報告(具志堅ら, 2023)と比較すると困難の程度が弱かった。また、11の機能的健康パターンの中でも、術後疼痛に関連した「認知-知覚パターン」と危機理論を用いて心的変化を捉える「自己知

表3 機能的健康パターンごとのアセスメントの困難内容とその程度^{*} (n = 17)

アセスメントの困難内容 機能的健康パターン (11項目別) †	平均値±標準偏差
50項目の平均値と標準偏差	4.73 ± 1.52
健康知覚—健康管理パターン	4.47 ± 1.91 ‡
A 情報収集	3.47 ± 1.84
B 収集した情報の情報整理	4.82 ± 3.07
C 正常・異常の判断	4.41 ± 2.53
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	4.88 ± 2.50
栄養—代謝パターン	4.37 ± 1.99 ‡
A 情報収集	3.71 ± 1.80
B 収集した情報の情報整理	4.71 ± 2.91
C 正常・異常の判断	4.06 ± 2.22
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	5.00 ± 2.40
排泄パターン	4.10 ± 1.48 ‡
A 情報収集	3.82 ± 1.67
B 収集した情報の情報整理	3.76 ± 2.14
C 正常・異常の判断	4.06 ± 2.11
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	4.76 ± 2.01
活動—運動パターン	4.41 ± 1.73 ‡
A 情報収集	4.00 ± 1.87
B 収集した情報の情報整理	4.47 ± 2.72
C 正常・異常の判断	4.06 ± 2.25
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	5.12 ± 2.21
睡眠—休息パターン	3.68 ± 1.55 ‡
A 情報収集	3.35 ± 1.37
B 収集した情報の情報整理	3.47 ± 2.18
C 正常・異常の判断	3.59 ± 2.00
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	4.29 ± 2.26
認知—知覚パターン	4.63 ± 2.12 ‡
A 情報収集	4.76 ± 2.56
B 収集した情報の情報整理	4.35 ± 2.42
C 正常・異常の判断	4.18 ± 2.46
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	5.24 ± 2.56
自己知覚—自己概念パターン	4.96 ± 2.34 ‡
A 情報収集	5.12 ± 2.69
B 収集した情報の情報整理	4.65 ± 2.62
C 正常・異常の判断	4.71 ± 2.82
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	5.35 ± 2.45
役割—関係パターン	4.56 ± 2.17 ‡
A 情報収集	4.29 ± 2.34
B 収集した情報の情報整理	3.94 ± 2.38
C 正常・異常の判断	4.82 ± 2.70
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	5.18 ± 2.48
セクシャリティー生殖パターン	5.49 ± 2.18 ‡
A 情報収集	6.59 ± 2.74
B 収集した情報の情報整理	4.71 ± 2.52
C 正常・異常の判断	5.24 ± 2.61
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	5.41 ± 2.50
コーピング—ストレス耐性パターン	4.87 ± 1.91 ‡
A 情報収集	4.71 ± 2.26
B 収集した情報の情報整理	4.59 ± 2.24
C 正常・異常の判断	4.82 ± 2.53
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	5.35 ± 2.37
価値—信念パターン	5.07 ± 2.15 ‡
A 情報収集	5.82 ± 2.27
B 収集した情報の情報整理	4.06 ± 2.28
C 正常・異常の判断	5.18 ± 2.86
C 問題と判断した情報の原因・要因の明確化	5.24 ± 2.64

^{*}各項目で「1点：困難の程度が弱い～10点：困難の程度が強い」の10段階で調査

†表1のA 観察、B 情報の整理、C 情報の解釈に含まれる項目を、ゴードンの機能的健康パターン毎に整理した‡パターン毎に含まれる4つの下位項目(A 観察、B 情報の整理、C 情報の解釈)の平均値±標準偏差

表4 協同作業の認識[☆]

(n = 17)

	協同効用(9項目)†	個人志向(6項目)‡	互惠懸念(3項目)‡
A 大学 4 年次	4.14 ± 0.64 §	2.80 ± 0.83 §	1.61 ± 0.62 §

[☆]3 因子の各項目で「1点：全くそう思わない～5点：とてもそう思う」の5段階で調査

†協同効用（協同作業が効果的であると認識）を高く評価するほど、協同作業に対する認識が肯定的と判定する

‡個人志向（個人作業を好む傾向）と互惠懸念（協同作業による利益を得ることが難しいという認識）を低く評価するほど、協同作業に対する認識が肯定的と判定する

§ 3 因子ごとの項目の平均値±標準偏差

表5 グループワークについての学生の想い

要約	キーセンテンス
グループワークを通して他者の思考を知ること、自己の考えの拡充	他の人の考え方や知識を知ること、そんな考察もあるんだなということが分かって、物の見え方が広がった。 視野や考え方が広がった。 自分1人だけだと、1つの考えに固執してしまうので、他の人の意見を聞くと、こういう考えもあるんだと、新しい学びにつながった。
グループでの主体的な取り組みを優先的にを行い、必要な時に教員の活用	グループをメインに動いていたので、その都度分からないことがあると聞きに行った。例えば、「こういう情報を取り、自分たちはこう考えたが、これで合っていますか」などのやりとりができたのはすごく良かった。 分からないことがあったら先生に聞き、先生がアセスメントを見て「ここ、あったらいいね」などのアドバイスがあったので、教員と学生との関わりはよかった。 グループの仲の良さとかもあるが、自分たちで考えて、分からなかったところは、先生に聞こうっていう流れが多かった。どこのグループも、そう（同じだ）思う。
他者の意見を聞くことで苦手意識の増幅	個人的にゴードンに対して苦手意識があって、他の人の意見を聞くたびにすごく不安になっていた。精神的にも「ああ、自分駄目だ」って、追い詰められた。
大人数のグループにおける、個人の負担感やグループワークへの貢献度の偏り	グループ学習は、先生たちはどんなふうに（グループ内で）役割分担しているというのは、分からないと思う。あと、個人の努力というか、そういうのがグループワークの現場では分からないと思う。 5～6人以上のグループだと、やらない人は出てくる。やりたくないって思う人はやらなくなる。あと、5～6人で話し合うっていうのが難しく、大人数になればなるほどやらない人は増えていくので、4人グループとかがベストで、役割分担もできる。少人数のグループを組んだときは、同じぐらいの負担感でできた。
グループ討議が活性化しない場合は、教員の参加を要望	あんまり発言できない人とか、できるだけみんなが積極的に発言できるように……。先生たちが一緒にいたほうが（発言ができない人は）発言できるのかな。 和気あいあいと先生たちも（話を）振ってくれれば、そういう人たち（発言ができない人）も意見を言いやすいかもしれない。
グループメンバーの力量をみて、自分の行動を決定	（学生だけの場面だと）自分はここだったらしゃべったほうがいいな、自分はここだったらリーダーとかじゃなくてちょっと意見言うぐらいでいいかなと、周りのメンバーを見て、自分もどうやって動こうかって決めてしまう。だから、平等に意見を言えるような環境ができればいいなってずっと思っていた。
4年間の学生生活でできた人間関係が、グループ内での関係性に影響	2年生から実習が始まって、4年生になるといろんなところで（学生同士が）交わる機会が増えて、顔見知りや友達も増えてくる。その中で段々と「あ、この人やってくれる」というような、みんなの中でこの人できる人とか、仕切ってくれる人、発表してくれる人みたいなイメージが定着している。 やらなくても、この人いるからたぶん回ると思うみたいな感じで考えている人もいるので、グループメンバーの編成も大事。自分としても、任せてしまっていた部分があったかな。

表6 学内・遠隔実習に対する学生の想い

要約	キーセンテンス
術後の詳細な状況設定を通して一般的な回復過程の理解	学内実習は、病院に比べたら楽そうという感じがあると思う。状況設定がしっかりしていて、経過が順調な患者さんを通して、一般的なことを学べた。
同じ患者を受け持つことで不足している点を補い合いそれぞれの視点や考察の違いを実感	学内（実習）だったから、1人の患者さんをみんなで見るという感じだったので、賢い人からの意見を取り入れ、自分では発見できなかったことも見ることで勉強になった。 病棟（実習）だと、自分1人で患者さん1人を受け持つという状況だが、今回は（学内だったので）、1人（の患者さん）を5人とかで見て、足りない情報をみんなで共有したという形だった。グループだからこそ、スムーズに情報収集ができたような感じがした。 今回は（学内だったので）、1人（の患者さん）を数名で受け持たせていただいたので、お互いこういう情報を取ったほうがいいのか、このやりとりができたのはすごく大きな学びにつながった。
実習中に感じたことを教員にすぐに確認できる安心感	（感じた）不安は、先生に相談して、少しずつ解消することはできた。そういった点は良かった。
グループ活動をする中で一人で実践する場面を想起させ不安や懸念の増大	いざ現場に出たときに一対一で情報収集するってなると、結構抜けていた部分とかもあったのかなど。 実際にもし看護師として配属された場合、1人で全部情報を取るのになってという、ふとした想い（不安）もある。
様々な理由から生じる遠隔（ZOOM）でのグループワークへの不平等感	（遠隔実習では）ZOOMでの話し合いも多く、グループの人数が1人がずっと画面と音声オフで話し合いに参加しない人もいた。その人に対してグループの人数が「あの人って、いつも人の意見は奪うけど自分の意見言わないよね」みたいな感じ（の想いがあった）。 平等性がZOOMにすることによって何か変わってくる。その子が「環境が悪いので」というと、先生たちもたぶん何も言えない。でも、（そういう学生と）同じ成績が付くとすると、ちょっと嫌な部分はある。 環境面はしょうがないかもしれないが、学校に行ってやるなどの特別措置（配慮）をしたら、平等なWi-Fi環境の下にできる。

「覚-自己概念パターン」の困難感とは令和4年度の調査報告（具志堅ら, 2023）と比較し、困難の程度が弱かった。困難の程度に変化があった要因として2点考えられる。一つ目は、令和4年度の調査報告（具志堅ら, 2023）を踏まえて、教員が演習や実習の中で、周手術期看護に必要な知識（ムーアが提唱した術後の生体反応と回復過程、フィンの危機理論など）、潜在的な問題を捉え予測される合併症の予防と早期対処が重要であることを強調し、教育実践したことが挙げられる。二つ目に、先行研究では遠隔学習への移行に伴い、多くの学生が対処能力と創造性を高めるようになり、通学時間の縮小により余分な学習時間や家族との時間が増え、セルフケアの時間が確保できたと示された（Sharon Wallace et al, 2021）。本研究対象は、緊張感のある臨地実習ではなく、学内と遠隔を中心とした落ち着いた実習環境が心理的な安定につながり、それが深い思考に導きアセスメントへの困難感を弱めた要因として考えられる。

2. 協同作業の認識からみた課題と教育方法への示唆

表4の協同作業認識に関して、令和4年度の調査報告（具志堅ら, 2023）と比較し、本研究の4年次はいずれの下位尺度でも協同作業に対する認識が肯定的な結果ではなかった。

今回の協同作業の認識の結果とインタビュー調査の結果を併せると、学生はグループワークを通して【自己の考えを拡充】し、【グループでの主体的な取り組みを優先的に実施】するという協同学習による効果を体験していた一方で、【個人の負担感やグループワークへの貢献

度の偏り】や【遠隔でのグループワークへの不平等感】が表出された。これらの様々な想いから、本調査対象の学内・遠隔を中心としたハイブリッド型実習という学習環境が、協同作業に対する認識へ影響を及ぼした可能性が考えられる。

遠隔での看護学生の経験を通しての課題として、インターネットの接続性やネット上で守るべきルールが示され、遠隔学習の成功に向けて教員は学生が技術的に困っている場合の対処法を準備することが必要だと示されている（Sharon Wallace et al, 2021）。そのため、遠隔学習時のルールの明確化、自宅の学習環境に応じて積極的な支援を行うことが、遠隔でのグループワークにおいて学生同士の良好な関係性の構築につながり、学生同士で協同することへの否定的な認識を改善に導く手助けとなると考える。また、先行研究では「他のチームメンバーの貢献度を正確に評価するための十分な情報をもっているのはチームメンバーだけなのでピア評価は肝要である」（Larry K. Michaelsen et al, 2009）や、ピア評価はこれまで教員が見えていなかった学生の本物の頑張りを見出すことができる有益な方法であり、それを通して学生はチームの一員として個々の役割（学習責任）について理解が深まることで学習のモチベーションにつながる（齊藤ら, 2019）ことが示されている。これらの知見を考慮し、学生が感じている「貢献度の偏り」や「不平等感」の改善に向けて、自己評価や学生同士の他者評価の導入を検討する必要性が示唆された。

V. 結論

Nursing Forum, 1-7.

1. アセスメントの困難の程度が強かったのは「D情報の総合」、「F問題の統合」、「E情報の分析」であった。機能的健康パターンでは「セクシャリティ-生殖」、「価値-信念」パターンで困難の程度が強かった。
2. 協同作業に対する認識は、肯定的ではなかった。
3. 協同作業をより効果的にするために、遠隔実習時のルールの特化や自宅の学習環境に応じた積極的な支援、評価方法の検討の必要性が示唆された。

VI. 謝辞

本研究にご協力を賜りましたA大学4年次の学生の皆さまに心より感謝申し上げます。
本研究は、沖縄県立看護大学学長奨励教育研究費の助成を受け、実施した。本研究における利益相反は存在しない。

VII. 文献

- 江川隆子(編). (2019). ゴードンの機能的健康パターンに基づく看護過程と看護診断. 第6版. ヌーヴェルヒロカワ.
- 具志堅翔子, 謝花小百合, 大城真理子. (2023). クリティカルケア看護科目における学内実習でのアセスメントに対する学生が抱く困難感と協同作業の認識の実態調査. 沖縄県立看護大学紀要, 24, 89-96.
- 河村治代, 小松妙子. (2015). 看護過程のアセスメントにおける困難な内容と困難に影響する要因. 岐阜看護研究会誌, 7, 75-86.
- 河村治代, 小松妙子. (2016). 卒業年次の学生が看護過程のアセスメントで感じている困難の程度. 岐阜看護研究会誌, 8, 13-22.
- Larry K. Michaelsen, Michael Sweet. (2009). チーム基盤型学習の基本原則と実践. 瀬尾宏美. (監修). TBL Team-Based Learning 医療人を育てるチーム基盤型学習 成果を上げるグループ学習の活用法 (pp11-13). シナジー.
- マージョリー・ゴードン. (1998/2006). 江川隆子(監訳), ゴードン博士の看護診断アセスメント指針 よくわかる機能的健康パターン. 第2版. 照林社.
- マージョリー・ゴードン. (2008/2009). 上鶴重美(訳), アセスメント覚え書 ゴードン機能的健康パターンと看護診断. 医学書院.
- 長濱文与, 安永悟, 関田一彦他. (2009). 協同作業認識尺度の開発. 教育心理学研究, 57, 24-37.
- 齊藤史恵, 漆沢舞. (2019). ピア評価がもたらす看護学生の学習の責任性への認識と課題~学生の語りからの分析~. 弘前学院大学看護紀要, 14, 1-14.
- Sharon Wallace, Monika S. Schuler, Michelle Kaulback, et al. (2021). Nursing student experiences of remote learning during the COVID-19 pandemic.

1. 名称

本誌の名称は「沖縄県立看護大学紀要」（英文名：Journal of Okinawa Prefectural College of Nursing）とする。

2. 発刊の趣旨

看護学の発展および沖縄県立看護大学における研究活動の質向上に資することを目的とする。

3. 投稿者の資格

紀要投稿者は、本学の①教職員、②非常勤講師、③大学院生及び大学院修了生、④研究生、⑤紀要編集委員会が執筆を依頼した者または許可した者とする。筆頭著者は投稿資格を有する者とする。投稿資格を有する者は学外の研究者を連名投稿者にすることができる。

4. 原稿の種類

投稿原稿の種類は、論壇、総説、原著、研究報告、実践報告、その他であり、それぞれの内容は以下の通りである。

論壇 Sounding Board

本学の教育及び保健看護領域に関する話題のうち、論議が交わされつつあるものについて今後の方向性を指し示すような著述や提言。

総説 Review Article

取り上げた主題について、内外の諸研究を幅広く概観し、その主題についてのこれまでの動向、進歩を示し、今後の方向性を展望したもの。

原著論文 Original Article

看護学の知識の発展に貢献する独創的な論文であり、オリジナルなデータもしくは分析に基づいて得られた知見と実践への示唆が論理的に述べられているもの。

研究報告 Research Report

内容的に原著論文には及ばないが、研究の視点が独創的で研究結果の意義が大きく、看護学の発展に寄与すると認められるもの。

実践報告 Practical Report

本大学院博士課程の在学学生または修了生から得られた実践的研究の知見を広く公表することで、看護実践の質の向上、改善、発展につながるもの。

その他 Other

萌芽的な視点を提示する「研究ノート」、調査の結果を共有する「資料」、「文献検討」などがある。

5. 倫理的配慮

- 1) 人および動物が対象である研究は、研究倫理審査委員会での承認、承認番号を明記する。
ただし、原稿種類「実践報告」については、研究倫理審査委員会の承認を必須とせず、倫理的配慮等に関する実践報告チェックリスト（別紙1）の提出をもって代える。
- 2) 倫理的に配慮され、その旨が本文中に明記されている。
なお明記する際には施設や個人が特定されないように留意する。
- 3) 当該研究遂行や論文作成に際して、研究助成、便宜供与などの経済的支援を受けた場合は、謝辞に記載し

ている。利益相反状態が存在しない場合は、「本研究における利益相反は存在しない」と記載する。

6. 原稿執筆の要領

- 1) 原稿は原則として、コンピュータソフト（Microsoft Word 等）で作成する。
- 2) 本文には頁数を入れ、さらに各頁の左端に行数を附す。
- 3) 原稿の記載方法は下記に従う。
 - (1) 原稿はA4版横書き40字(全角)×30行、英文80字(半角)×30行を1頁とする。書体は、和文の場合「MS明朝10.5ポイント」とし、英文は「Times New Roman 11.0ポイント」とする。
 - (2) 図(写真を含む)表は、本文とは別に作成し、本文右余白にそれぞれの挿入希望箇所を指定する。なお、図表は、そのまま製版が可能な水準のものとする。
 - (3) 英数字や記号は半角で記述する。数字はアラビア数字で表記すること。数量の単位は原則としてSI単位に従い、記号で表す。
 - (4) 図表のフォントは、「MSゴシック8ポイント」以上で作成する。
 - (5) 学名(微生物名など)はイタリック体で表す。
- 4) 投稿原稿の1編は本文、文献、図表を含めて原則として下記の頁以内とする。これを超えるものについては受領しない場合がある。なお、図表は、1つを0.5頁と数える。

論 壇：4頁以内

総 説：20頁以内

原著論文：20頁以内

研究報告：20頁以内

実践報告：20頁以内

そ の 他：12頁以内

- 5) 論文の構成：論文は下記の構成で作成する。

表紙、抄録(和文、英文)、本文、図表

 - (1) 表紙：原稿の種類、表題、著者名、所属と連絡先(住所およびメールアドレス)、キーワード(日本語・英語それぞれ5個以内)、抄録文字数、本文頁数、図表の枚数を記す。

論文執筆者と所属機関の表示法(以下■は半角スペースを表す)
苗字名前¹⁾、■苗字名前²⁾。(執筆者は氏名のみを記述する。)

1) 沖縄県立看護大学、2) ●▲大学
 - (2) 抄録(Abstract)：論壇、総説、原著論文、報告には、和文(600字程度)および英文(300語程度)の抄録を附す。英文抄録はダブルスペースで記載する。

抄録には、本文の内容を簡潔に整理する。
例：背景(Background)、目的(Objective)、研究デザイン(Design)、対象(Subjects)、結果(Results)、結論(Conclusion)

英語表記の例：

 - ・英語のタイトルは次のように記述する(最初の文字のみ大文字にする)。Parenting behaviors of young mothers on a remote island of Okinawa: A comparison with other mothers
 - ・Key Wordsは、例のように固有名詞、略語以外は小文字で記述する。semi structured interview, triangulation, action research, QOL, Nuremberg Code
 - (3) 本文の構成は、以下に準ずる。

例：はじめに (Introduction)、研究方法 (Methods)、結果 (Results)、考察 (Discussion)、結論 (Conclusion)、謝辞 (Acknowledgement)、文献 (References)。本文構成を段階的に記述する場合、段階番号は、1. 2. 3. …とし、1. をさらに細分化する場合には1) 2) 3) …とする。

(4) 当該研究遂行や論文作成に際して、研究助成、便宜供与などの経済的支援を受けた場合は、謝辞に記載する。

6) 文献の記載方法は下記に従う。

(1) 本文中の文献の記載は、第1著者名と発行年次を括弧表示する。

例 (佐藤ら, 2009) (Jahana et al, 2011)

(2) 文献リストの記載は、著者名のアルファベット順に列記し、同一著者の同年刊行の文献の場合は年号の後に a, b, …を附す。雑誌名は原則、和文は医学中央雑誌、英文は Index Medicus の採用する略語を用いる。いずれにも該当しないものは正式雑誌名を記載する。

7) 文献リストの記載例 (■は半角スペースを示す。)

(1) 学術雑誌

① 学術誌収載論文の場合の基本

著者名 . ■ (出版年) . ■論文タイトル . ■収載誌名 , ■巻 (号) , ■開始頁 - 終了頁 .

例

大城真理子 , 神里みどり . (2016) . 乳がん患者の受診遅延の概念分析 . 日本看護科学学会誌 , 36 , 34-40 .

Yamaguchi K. (2012). Rationalization and Concealment of Violence in American Responses to 9/11: Orientalism(s) in a State of Exception. *Journal of Postcolonial Writing*, 48(3), 241-251.

② 著者が3名を超える場合

著者1 , ■著者2 , ■著者3 , ■著者他 . ■ (出版年) . ■巻論文タイトル . ■収載誌名 , ■巻 (号) , ■開始頁 - 終了頁 .

例

永山さなえ , 比嘉綾子 , 塩川明子他 . (2007) . 若年妊産婦支援についての検討 . 沖縄の小児保健 , 34 , 23-27 .

Ank R, Eleme L, Hunai G, et al. (2015). Transforming of idea to practice. *BMC Palliat Care*, 105, 1-6.

③ オンライン版で、DOI (Digital Object Identifier) のある場合

著者名 . ■ (出版年) . 論文タイトル . ■収載誌名 . ■巻 (号) . ■開始頁 - 終了頁 . ■ doi:DOI 番号

例

Akamine, I, Uza, M, Shinjo, M, et al. (2013). Development of competence scale for senior clinical nurses. *JPN J NURS SCI*, 10. 55-67. doi:10.1111/j.1742-7924.2012.00210.x.

(2) 書籍

① 書籍の基本：書籍全体の要約引用や引用が複数箇所の場合

著者名. ■ (出版年). ■書籍タイトル. ■版名. ■出版元.

例

上田礼子. (2006). 人間生涯発達学. 改訂第2版増補版. 三輪書店.

Brian S. (2013). The Art of Skill and Nursing. 2nd edition. Forest.

② 書籍の一部引用

著者名. ■ (出版年). ■書籍タイトル (開始頁-終了頁). ■発売元.

例

山本敬子(編), 中木高夫(看護診断 監修). (2006). エビデンスに基づく看護過程実践Q & A. 関連図で導く看護診断とケアプラン (pp10-15). 中央法規出版.

Waren G. (2014). Learning and health(pp15-30). Angel Book.

③ 編集本の一部引用 (章著者表示有りの場合)

章著者名. ■ (出版年). ■章タイトル. ■編者名. (編). ■書籍タイトル (pp 開始頁-終了頁). ■発売元.

例

森元さおり. (2009). ケアリング. 岩本喜美子. (編). 事例を通してあなたの学びをふかめる実用書 (pp47-71). 沖縄出版.

④ 編集本の一部引用 (著者表示無し)

編者名 (編). ■ (出版年). ■章タイトル. ■書籍タイトル (pp 開始頁-終了頁). ■発行元.

例

浅野かおる, 奥野よしこ (編). (2012). 第三章 がん治療. 根拠に基づく看護 (pp164-167). げんき社.

⑤ 翻訳本の基本: 翻訳本の要約引用や引用が複数箇所の場合

原書者名. ■ (原著出版年 / 翻訳書出版年). ■翻訳者名 (訳), ■訳書タイトル. ■発行元.

例

Barkauskas V.H. 他. (1994/1998). 花田妙子, 山内豊明, 中木高夫 (監訳). 牛久保美津子, 雄西智恵美, 嘉手苺英子, 亀井智子, 高橋広, 田中美智子, 花田妙子, 濱崎勲重, 本田良行, 本間照子, 松田たみ子 (訳), ヘルス・フィジカルアセスメント下巻. 日総研.

⑥ 翻訳本の一部引用

原著者名. ■ (原著出版年 / 翻訳書出版年). ■翻訳者名 (訳). ■書籍タイトル. ■版名. ■ (pp 開始頁-終了頁). ■発売元.

例

ホロウェイ I, ウィーラー S. (2002/2000). 野口美和子 (監訳). ナースのための質的研究入門 研究方法から論文作成まで. 第2版. (pp25-45). 医学書院.

⑦ ウェブサイト

出版元. ■ (出版年). ■タイトル. ■URL (検索日).

厚生労働省. (2008). 平成18年 国民健康・栄養調査結果の概要について. www.mhlw.go.jp/houdou/2008/04/h0430-2.html (2009年7月15日現在).

7. 投稿手続

- 1) 投稿論文の内容は、他の出版物（国の内外を問わず）にすでに発表あるいは投稿されていないものに限る。アクセプトされた論文を他に投稿する等の重複投稿は禁止する。ただし、大学の修士論文・博士論文、科学研究費報告、事業報告書、学会・研究会の抄録集などを論文として発表した研究を論文として投稿した場合は、二重投稿とはみなさない。その場合は、論文末尾に以下の記載例を記載する。

<記載例>

例) 本論文の内容の一部は、第〇回〇〇〇〇学会学術集会において発表した。

例) 本研究は、〇〇大学大学院〇〇研究科に提出した修士（博士）論文に加筆・修正を加えたものである。

- 2) 他人の図表を転載する場合には、著作権の所有者より転載許可を受ける。
- 3) 原稿投稿時は下記に従う。
 - (1) 全ての原稿（表紙、抄録、本文、図表）について、正本1部、副本2部および返送用封筒（筆頭著者宛を記入）1部を同封する。副本には著者名、所属、謝辞等、著者名が特定される事項を記載しない。図表は1つにつき1頁とし、写真の場合は全てオリジナルを揃えるのが好ましいが、オリジナル1部と高画質の複写2部でもよい。
 - (2) 投稿時に「提出前チェックリスト」で記載法の誤りや提出物等の確認し、提出する。
 - (3) 英文（タイトル・キーワードも含む）はすべて native check もしくは専門家による英文校正・校閲を受けている。
- 4) 最終原稿投稿時は下記に従う。
 - (1) 原稿の採択ならびに掲載決定の通知を受けた場合には、期日までに下記を提出する。
 - ① 全ての原稿（表紙、抄録、本文、図表）2部
 - ② 電子ファイルの入ったメディア媒体 1つ
 - ③ 著作権委譲にかかる承諾書
 - ④ 英文校正・校閲完了の証明書※転載許可書（著作権の所有者より転載許可を受けその旨を記したものの。所定の様式はない）
 - (2) 本文に附した頁数、行数の表記を消しておく。
 - (3) 電子ファイルは表紙、抄録（和文、英文）、本文、図（写真を含む）、表に分ける。必ず投稿前にファイル内の文字化け、画像の鮮明度などを確認する。メディア媒体には著者名、論文表題を記載する。
 - (4) 封筒の表に「沖縄県立看護大学紀要原稿」と朱書きした上で、「沖縄県立看護大学紀要編集委員会」宛に提出する。

8. 投稿原稿の採否

原稿の採否は紀要編集委員会が決定する。紀要編集委員会は査読者を選定し、査読を依頼する。査読結果等により、原稿の種類、内容の加除、訂正を求められることがある。

9. 校正

投稿者による校正は再校までとし、校正に際して原稿の変更あるいは追加は認めない。

10. 著作権

著作権は沖縄県立看護大学に帰属し、掲載後は本学の承諾なしに他誌に掲載することを禁ずる。

その旨について、紀要編集委員会が用意する著作権譲渡同意書に著者全員が署名して、最終原稿提出時に添付する。なお、投稿論文は電子情報開示されることを条件とする。

11. 公開

沖縄県立看護大学紀要は、大学ホームページにて公開する。

(作成年：平成 11 年)

(第 1 次改訂年月：平成 15 年 1 月)

(第 2 次改訂年月：平成 15 年 5 月)

(第 3 次改訂年月：平成 19 年 3 月)

(第 4 次改訂年月：平成 21 年 7 月)

(第 5 次改訂年月：平成 25 年 4 月)

(第 6 次改訂年月：平成 26 年 7 月)

(第 7 次改訂年月：平成 28 年 7 月)

(第 8 次改訂年月：平成 29 年 7 月)

(第 9 次改訂年月：平成 30 年 5 月)

(第 10 次改訂年月：令和元年 9 月)

(第 11 次改訂年月：令和 5 年 1 月)

(第 12 次改訂年月：令和 6 年 2 月)

実践報告チェックリスト

この実践報告とは、沖縄県立看護大学大学院の大学院生または修了生から得られた実践的研究の知見を大学内外に発信することを目的とする。下記のチェック項目の確認をもって必要な倫理的配慮などに関する確認と著者の責任を明らかにする。

<チェック項目>

- 実践報告には、研究協力者の尊厳や権利を犯すような内容は含まれていない
- 実践報告には、研究協力者を特定できる個人情報に含まれていない
(研究協力者が記号化され特定できない場合は個人情報とはみなさない)
- 実践報告の投稿に際して、関係施設、組織等の了解が得られている
- 実践報告中に関係施設、組織などの名称を明記する場合には、当該関係者の了解が得られている
- 実践報告に関係する企業・組織または団体との利益相反状態が記載されている

以上の要件にすべて該当していることを保証する。

年 月 日

氏名： _____ 印
(自署の場合は、印の省略可)

編集後記

沖縄県立看護大学紀要第 25 号の公表においては、投稿者の皆様のご尽力に心より感謝申し上げます。同時に、査読者の皆様のご適切なご指摘、ご助言に深く感謝申し上げます。次号より、大学院生の看護実践がより報告しやすい方向で投稿規程が改訂されていますので、ぜひご確認下さい。昨年、投稿者資格に追加した「紀要編集委員会が執筆を依頼した者または許可した者」についても、企画情報をご提供頂ければ幸いです。

今後とも研究活動の成果公表に本紀要をご活用頂きますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和 6 年 3 月
紀要編集委員会
委員長 金城芳秀