令和元年度

愛知県看護協会
看護研究助成
報告論文集

AICHI NURSING ASSOCIATION

公益社団法人 愛知県看護協会

愛知県看護研究助成報告論文集の発行に寄せて

公益社団法人愛知県看護協会　看護研究助成委員会
委員長　井野恭子

平素より愛知県看護協会研究助成事業にご理解ご協力をいただきありがとうございます。

ここに看護研究助成報告論文集が発行できましたことを報告させていただきます。

助成金受給者の皆様および関係の皆様に、心より御礼申し上げます。

令和2年はCOVID-19の感染拡大により、日常生活が大きく様変わりしました。社会のいたるところで感染者が発生し、多くの医療従事者はその対応に尽力されました。また感染予防対策物品の不足が起り、臨床の皆様はその対策にも大変苦慮された年でした。さらに医療従事者への応援の声と同時に心無い言葉もあり、皆様方は様々な想いを抱かれた日々であったと思います。

このような状況下の今､私たちが取り組むべきことは発信することではないでしょうか。

県内のある病院の看護局長は、地元の小中学校でスピーチを行い、コロナ禍で奮闘する看護師の思いや､「大切な人たちを守るために､『自分は大丈夫』ではなく、3密を避け、マスクの着用と手洗いを励行し、共に頑張りましょう」と呼び掛け、人や地域との絆、つながりがコロナと闘う勇気､原動力になったと発信しています｡(中日新聞2021年2月11日掲載)。看護は実践の科学といわれ、そこには看護実践の事実があります。だからこそ、その発信は人の心に深く響くのだといえます。看護職一人ひとりが自らの状況の中で発信する、その重要性を改めて認識しています。

この報告論文集は、研究に取り組んだ方々からの看護実践に向けた発信といえます。看護職の皆様が臨床を通じて見出した研究疑問を基に取り組み、その成果をまとめました。今年度は平成30年度助成金受給者2編、令和元年度助成金受給者5編、合計7編の報告論文を掲載しています。助成金受給者の方々は、看護実践のエビデンスや実践能力向上への検討など、さまざまなテーマに取り組まれました。是非、ご高覧いただきたいと思います。

最後に、本委員会は看護職の皆様の看護の質の向上と、臨床における質の高い看護職を育成するために、研究活動に邁進できるよう助成しています。今年度は看護研究助成に係る申請方法等の見直しを図り、さらに研究助成が適正に活用できるよう修正しました。今後、さらにブラッシュアップを心がけ、看護職の皆様の研究推進を支援できるよう基盤整備に努めます。この報告論文集を基に、研究に取り組まれる方が増え、より多くの皆様の研究支援ができることを祈念しております。

令和3年3月吉日

令和元年度　愛知県看護協会看護研究助成報告論文集　目次

愛知県看護協会看護研究助成報告論文集の発行に寄せて
公益社団法人愛知県看護協会 看護研究助成委員会　委員長　井野　恭子

令和元年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者　学会報告一覧

Ⅰ．令和元年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者　報告論文

１．産前に夫婦で行う育児準備が産後の母親の育児不安および育児ストレスに与える影響
名古屋大学大学院医学系研究科　丸山　英未　P.1

２．精神科看護における科学的根拠に基づく実践に関連する要因
独立行政法人国立病院機構東尾張病院　奥村　智志　P.9

３．看護師が臨床で直面する倫理的問題と倫理的感受性に関する研究
愛知医科大学大学院看護学研究科　横地　有紀　P.17

４．実地指導者からの指導に対する新卒看護師の受け入れに関連する要因
愛知県立大学大学院　有村　優範　P.27

５．有料老人ホームにおける褥瘡管理の実態調査
（株）フラワーサーチ大府　山下　ひろみ　P.35

Ⅱ．平成３０年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者　報告論文

１．　中高年看護師の仕事のやりがいと看護実践能力との関連
トヨタ記念病院　櫻間　知佐子　P.42

２．ICU 看護師の痛みに対する鎮痛剤使用の判断基準
愛知医科大学大学院看護学研究科　加藤　直輝　P.51

Ⅲ．規程
公益社団法人 愛知県看護協会 看護研究助成規程
公益社団法人 愛知県看護協会 看護研究助成要領

令和元年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者　学会報告一覧

丸山　英未

発表演題：　夫婦で行った育児準備と産後１か月の母親の育児不安および育児ストレスとの関係

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
第61回日本母性衛生学会 総会・学術集会	令和2年 10月9日～10日	アクトシティ浜松 WEB 開催	公益社団法人 日本母性衛生学会

奥村　智志

発表演題：　精神科看護師の研究意識に影響する要因

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
第36回愛知県看護学会	令和2年 12月19日	愛知県看護協会看護研修会 館　WEB 開催	公益社団法人 愛知県看護協会

横地　有紀

発表演題：　看護師が臨床で直面する倫理的問題と職位による体験頻度の比較

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
第24回日本看護管理学会 学術集会	令和2年 8月28日～29日	WEB 開催	一般社団法人 日本看護管理学会

有村　優範

発表演題：　実地指導者からの指導に対する新卒看護師の受け入れに関連する要因

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
第40回日本看護科学学会 学術集会	令和2年 12月12日～13日	WEB 開催	公益社団法人 日本看護科学学会

山下　ひろみ

発表演題：有料老人ホームにおけるスキンケアと褥瘡・創傷管理の実態

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
第22回日本褥瘡学会 学術集会	令和2年 9月11日～12日	神戸国際会議場 WEB 開催	一般社団法人 日本褥瘡学会

平成 30 年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者　学会報告

櫻間　知佐子

発表演題：　中高年看護師のワーク・エンゲイジメントと看護実践能力との関連

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
第23回日本看護管理学会学術集会	令和元年 8月23日～24日	朱鷺メッセ	一般社団法人 日本看護管理学会

加藤　直輝

発表演題：　ICU 看護師の痛みに対する鎮痛薬使用の判断基準

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
日本クリティカル看護学会誌16巻（2020）	令和2年 3月31日発行 6月22日公開	j-stage 論文投稿	一般社団法人 日本クリティカル看護学会

Ⅰ．令和元年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者

報 告 論 文

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

産前に夫婦で行う育児準備が
産後の母親の育児不安および育児ストレスに与える影響

○丸山英未(名古屋大学大学院医学系研究科/一宮西病院)
入山茂美(名古屋大学大学院医学系研究科)

Ⅰ. はじめに

産後 1 か月時に育児不安や育児ストレスを感じる母親は多い。産後 1 か月健診までに育児不安を感じる母親は初産婦で 73%、経産婦では 37%との報告[1)]や、産後 1 か月の母親の 62%が「漠然とした不安」や「育児が困難」と感じ、「今の生活にストレスを感じる」母親も 56%であったという報告[2)]がある。育児不安や育児ストレスの要因は出産前クラスへの不参加[3)]や本人の自己効力感[4)]、ストレッサー、ソーシャルサポート[5)]とも言われている。産後の母親は出産後の急激なホルモンの変化の中、不慣れな授乳や新生児を迎えた新たな生活、児の泣きに対する不安を産後 1 か月まで持続した状態で過ごしている。母親自身の身体も回復過程の中で、子どもが増えたことによる新しい生活が始まり、身体的にも精神的にも変化が大きいため、母親は育児不安や育児ストレスをより強く感じていた[6)]。

母親の育児不安や育児ストレスは、夫からのサポートがあるほど減少する。育児不安の一要因である児のコリックと呼ばれる持続した泣きがあるが、夫の育児参加があるほど母親からのコリックの報告は減少する[7)]。また夫が直接育児の一部を行うことで、母親の身体的負担が軽減すると同時に心理面での負担も軽減する[8)9)]。産後 1 か月時の母親が夫の育児家事行動に満足しているほど育児ストレスは少なかったという報告もある[10)]。育児役割分担の考え方に関して、夫婦間の意識の違いが母親の不安度に影響を与え、家庭内のコミュニケーションが充実していることが、夫婦相互の育児不安を軽減するというものもある[11)]。

産前から夫が、妊婦と共に育児準備をすることは、産後の夫の育児参加や適切なサポートにつながる。出産準備教室に参加する父親は育児家事実施意欲が高い[12)]ことや、夫婦で出産育児準備を多く行った夫ほど育児意図が高まる[13)]。そのため、妊娠中から出産だけでなく産後の育児を見据えて準備をすることは夫の育児参加を促し、母親が求める適切なサポートを提供できると考えられる。妊婦自身の育児準備が産後の不安やストレスに影響する文献はあるが[14)]、産前に夫婦で行う育児準備が母親の育児不安や育児ストレスと関連があるという文献は現在皆無である。そのため、産前に夫婦で育児準備を行うことが産後の母親の育児不安や育児ストレスに影響するかどうか検証することは重要である。産前に夫婦で育児準備を行うことが産後の母親の育児不安や育児ストレスを少なくすることができると検証されることにより、産前の保健指導や産前教室において、助産師としての支援に活かすことができると考える。

Ⅱ. 研究目的

本研究では産前に夫婦で育児準備を行うことが、産後 1 か月の母親の育児不安および育児ストレスにどの程度影響を与えるかを明らかにすることを目的とした。仮説は下記の 2 つである。

1.産前に夫婦で育児準備をしていた母親ほど、産後の育児不安は少ない。

2.産前に夫婦で育児準備をしていた母親ほど、産後の育児ストレスは少ない。

Ⅲ. 研究方法

1. 用語の定義

1)育児準備:「妊娠期に育児のための準備として行った行動であり、認知や思考も含まれる」と定義した[14]。萩原の定義より「妊婦が」という語句を除去したものである。

2)育児不安:「育児に伴う自信のなさや不安、子どもと関わることの疲労感、子育てからの逃避願望育児による社会からの孤立感」と定義した[15]。

3)育児ストレス:「育児中の母親の否定的な感情」と定義した[16]。

2. 研究デザイン:質問紙調査による縦断的研究を行った。

3. 研究期間:2019 年 6 月から 2020 年 3 月まで実施した。

4. 研究対象者:調査施設に 2019 年 6 月～12 月の間に妊婦健診に訪れた 36 週～40 週の単胎を出産予定の日本人妊婦を対象とした。基準は年齢が 20 歳以上の既婚者で、妊娠経過に母児ともに異常がなく身体的にも精神的にも安定していることを条件とした。除外基準として精神疾患の既往があること、未婚であること、未成年であること、産前に合併症などで入院歴がある妊婦とした。

5. 研究方法:病院の選定として、愛知県内の正常分娩を主とする 1 産科施設に依頼した。病院長および看護部長へ説明し、承諾が得られたため承諾書に署名をいただき、産科外来責任者に説明を行ってから調査開始とした。対象者の選定については、調査施設の許可を得て研究実施者自身で選定を行った。データ収集方法として、妊婦健診のために来院した対象者に直接研究の説明を行い、同意が得られた対象者には無記名自記式だが 1 回目(妊娠期)と 2 回目(産後 1 か月時)のマッチングのために通し番号をふった質問票 2 回分と後納郵便封筒 2 回分を配布し、それぞれ回答後、質問票を後納郵便封筒に入れてポストに投函してもらい回収とした。

6.調査内容

1)妊娠 36～40 週の妊婦への質問票の質問項目

(1)産前に夫婦で行った育児準備

萩原[14]の作成した出産育児準備行動尺度のうち育児準備行動の尺度を、著者に許可を得て使用した。尺度の質問項目は 14 項目(1 因子「育児の知識技術の習得」、2 因子「児の成長発達の知識の習得」、3 因子「産後の生活の知識の習得」)から構成され、「行った(4 点)」～「行わなかった(1 点)」の 4 件法を用いている。合計得点は 14～56 点の範囲で、得点が高いほど育児準備行動をとれたことを示す。本研究の内的整合性を示すクロンバックα係数は、0.922 と高かった。

(2)属性

妊婦の年齢、夫の年齢、分娩歴を尋ねた。

2)産後 1 か月の母親への質問票の質問項目

(1)育児不安:15 項目

吉田ら[15]によって作成された育児不安尺度を、著者の許可を得て使用した。15 項目(1 因子「育児不安」、2 因子「自信のなさ」)から構成され、「全くそう思わない(1 点)」～「よくそう思う(4 点)」の 4 件法を用いている。合計得点は 15～60 点の範囲で、得点が高いほど不安が大きいことを表す。本研究の内的整合性を示すクロンバックα係数は、0.922 と高かった。

(2)育児ストレス:16 項目

清水ら[16]によって作成された育児ストレス尺度短縮版(CSS)を著者の許可を得て使用した。育児ストレス尺度は 16 項目(1 因子「心身の疲労」、2 因子「育児不安」、3 因子「夫の支援のなさ」)か

ら構成され、「あてはまる(5 点)」～「あてはまらない(1 点)」の 5 件法で評価される。合計点を算出し 16～70 点の範囲となる。合計点が高いほど育児ストレスを感じていると解釈される。本研究における尺度の内的整合性はクロンバック α 係数を算出し、0.872 と信頼性が確認できた。

(3)属性

在胎週数、分娩方法、児の性別、児の出生体重を尋ねた。

7.分析方法

分析には SPSS version22.0 for Windows を使用し、有意水準 5%とした。主な評価項目と統計学的手法は以下の通りである。

1)基本統計量を算出し妊産婦の属性を確認した。

2)それぞれの採点方法により育児準備、育児不安、育児ストレスを得点化した。また各尺度の得点分布が正規分布かどうか Kolmogorov-Smirnov の正規性の検定で確認した。

3)育児準備は育児不安、育児ストレスと関連があるか検討した。産前に夫婦で行った育児準備を独立変数、産後 1 か月の時の母親が感じる育児不安、育児ストレスを従属変数とし、相関分析を行った。関連は Spearman の順位相関係数を用いて表した。

4)育児準備、育児不安、育児ストレス得点は交絡因子である分娩歴によって差があるか、Mann-Whitney U 検定で確認した。

8.倫理的配慮

研究対象者に書面および口頭にて、研究の目的・意義、調査内容、個人の特定はないこと、参加は自由であること、いつでもやめられること、不利益はないことを説明した。研究参加の同意が得られた対象者に 1 回目(妊娠中)と 2 回目(産後 1 か月)の質問票と 2 回分の返信用封筒を配布した。質問票への回答をもって、本研究への調査に協力が得られたと解釈した。なお、本研究は名古屋大学医学系研究科生命倫理審査委員会の審査および承認を得て行った(19-106)。また協力施設の院長および看護部長の許可を得て行った。

Ⅳ. 結果

調査の同意が得られた妊娠 36～40 週の妊婦 258 名へ配布し、1 回目の調査に回答が得られたのは 215 名(回収率 83.3%)、2 回目の調査にも回答が得られたのはそのうち 178 名(回収率 69.0%)であった。そのうち質問に回答のないものが含まれる 4 名を除いた 174 名(有効回答率 67.4%)を分析対象とした。

1. 妊産婦の属性(表 1)

分析した母親の年齢は中央値 31.0(四分位範囲 28.0-34.0)歳、夫の年齢は中央値 32.0(四分位範囲 29.0-37.0)歳であった。初産婦は 90 人(51.7%)、経産婦は 84 人(48.3%)であった。産後 1 か月の産婦の属性として、在胎週数は中央値 39(四分位範囲 38.5-40)週、分娩方法は経腟分娩 150 人(86.2%)、帝王切開 24 人(13.8%)、出生児の性別は男児 90 人(51.7%)、女児 84 人(48.3%)であった。また出生体重は中央値 3097.5(四分位範囲 2847.5-3318.5)g であった。

2. 育児準備得点、育児不安得点、育児ストレス得点(表 2)

育児準備得点は中央値 29.0(四分位範囲 22.75-36.0)点、育児不安得点は中央値 26.0(四分位範囲 22.0-33.0)点、育児ストレス得点 39.0(四分位範囲 30.75-46.0)点であった。

3. 育児準備と育児不安との関連(表 3)

産前に夫婦で行った育児準備と、産後 1 か月の母親の育児不安には弱いが有意な負の関連がみられた(rs=-0.164、p=0.031)。

4. 育児準備と育児ストレスとの関連(表 3)

産前に夫婦で行った育児準備と、産後 1 か月の母親の育児ストレスには有意な負の関連がみられた（rs=−0.229、p=0.002)。

5. 分娩歴での違い(表 2)

育児準備について、初産婦の方が経産婦より中央値が 6 点高く有意な差がみられた(p=0.001)。

Ⅴ. 考察

1. 育児準備と育児不安について

本研究では産前に夫婦で育児準備を行った母親の方が産後 1 か月の育児不安は少なくなることが明らかとなった。これは妊婦自身が行った育児準備が育児の準備に対する主体性や満足感を得、育児への自信感につながり、育児ストレスや育児不安が少なかったという先行研究 [14]と同じ傾向を示している。夫婦で育児技術を実際に練習し、児の成長や発達といった生理的な面に関して知識を習得することが産後の母親にとって安心感となり、不安が減少すると考えられる。赤ちゃんの生態を知っておくことで、実際に育児が始まった際、赤ちゃんが泣いているがどうしたらいいかわからない、また夜は寝なくて困る、といった事態が初めて遭遇することではなくなり、赤ちゃんとはそのようなものだと納得できると考えられる。さらに皮膚のことなど児の生理的な現象への知識を持っていることで、正常か異常かの判断ができることで不安が減少し、母親の自信につながるのではないかと推測される。先行研究 [17]でも新生児期の育児相談に関して、多くは健常児の体温の高さや溢乳などの生理的現象に関する相談であり、「鼻汁・鼻閉」「皮膚症状」といった軽微な症状や育児相談に類する相談も多かったと報告されている。産後にも児の発育や成長の知識を得ることは可能であるが、自分自身の身体の調子も万全ではない産後、児の世話に授乳にと睡眠不足の中、新たに知識を習得しようという母親は多くはないだろう。まだ心身ともに余裕のある産前に、夫婦で育児準備をしておくことで、産後の母親の育児不安をより効果的に軽減することができると考えられる。また妊娠中から出産のことだけではなく産後の生活や児のことに興味を持ち、夫婦で知識を得ようと取り組める妊婦はおそらく夫婦関係も良好であり、産後も必要な時に夫や医療関係者など周りにアドバイスをもらおうと積極的に動ける人であろう。困ったことは困ったと、不安なことは不安だと発信でき、納得できる人であると考えられる。

2. 育児準備と育児ストレスについて

本研究では産前に夫婦で育児準備を行った母親の方が、産後 1 か月の育児ストレスが少なくなることが明らかとなった。これは産前に夫婦で一緒に育児技術の練習を行ったり知識を得たり、また児の成長発達の知識を習得することで、産後、泣きやぐずりなど夫も児の状況を理解でき、母親にまかせっきりになるのではなく育児を積極的にすることに繋がり、母親自身が「夫の支援がない」と感じることが少なくなるためと予想できる。さらに産後の母親の生活についても夫婦で知識を習得しておくことで夫は妻の身体の状態を把握し、妻の身体を気遣いながら育児に関わることができるだろう。夫が妻を気遣いながら家事育児を一緒に行うことで、育児に対して否定的な感情である育児ストレスが軽減すると考えられる。坂野ら [18]も夫が妻の産後の状態の知識を持つことでサポートが増加し、夫のサポートと妻のストレスや育児不安は関連すると述べている。さらには夫と妻はストレスや不安を共有している [19]ことから、母親だけでなく夫も一緒に産前に育児のことや母親の状態についての知識を得ておくことで、夫は妻への適切なサポートを提供でき、母親の育児ストレスが軽減することにつながる。

また元来コミュニケーションが良好な夫婦ほど育児に関しての相談事もするであろう。些細なこと

でも意見を言い合えることで母親は「夫からの支援がない」と感じることが少なくなり、育児ストレスも軽減する傾向に働くと考えられる。

3. 交絡因子との関連

本研究では、育児準備において初産婦の方が経産婦より有意に育児準備をしているという結果が示された。これは先行研究[20]と同じ結果であり、臨床においても当然の結果となる。しかしながら育児不安と育児ストレスは初産婦と経産婦で有意差はなかった。これは、初産婦は相談相手を求めているのに対し、経産婦は育児を手伝ってくれる人や夫の育児参加を求めているという先行研究[21]があるように、育児不安や育児ストレスの内容が初産婦と経産婦で異なっていた可能性[22]が考えられる。初産婦は初めての育児である分、病院でも指導は手厚く、産後の健診や家庭訪問も受けるように勧められる。経産婦に対しては、以前に育児の経験があるからと、初産婦のように手厚く指導する施設は少ないだろう。しかし経産婦といえども生まれた新生児だけでなく上の子どもがいる中での同時育児は初めてであり、また個別性の高いニーズがあることが予想される。宮田[23]も、初産婦では子どもの育て方が分からない、育児技術が未熟である、家事育児に自信がないと感じる母親に、経産婦では上の子どものやきもちが心配な母親に育児不安が多くみられた、と述べている。これらを踏まえて助産師がひとりひとりに即したアドバイスをし、また妊娠中、出産後、退院後も生活をサポートしてくれる人が夫だけでなく多くいれば、初産婦・経産婦を問わず育児不安や育児ストレスは軽減すると考えられる。

今回、里帰り分娩の有無、さらには家族形態といった交絡因子を考慮せずに分析を行った。妊産婦に詳細にこれらを聴取できていなかったことが理由として挙げられる。里帰り分娩であっても産前から実家に帰るのか、産後に実家に帰るのか。さらには夫もともに実家に帰る例や、本人と児のみ実家に帰る例などもある。産後自宅に帰っても実母がサポートに来てくれるといった例もあることから、これらを十分に聴取できないまま分けて分析することは難しいと考えた。今後このような交絡因子を丁寧に聴取することが必要であると考えられる。

Ⅵ. 結論

本研究の結果、産前に夫婦で育児準備を行った母親ほど、産後 1 か月の育児不安および育児ストレスは少ないことが明らかになった。この結果より、産前より夫婦で育児準備を行うことを促すことで、産後 1 か月の母親の育児不安および育児ストレスを少なくすることができる可能性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきました病院関係者の皆様と、快く調査協力をいただきました妊婦様、産婦様に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は愛知県看護協会看護研究助成金の交付を受けて実施したものである。

付記

本研究は平成 31 年度名古屋大学大学院医学系研究科修士論文を一部抜粋、加筆修正したものである。

引用文献

1)水上明子,谷口まり子,馬場直美,他:産後の母親の育児不安.熊本大学教育学部紀要人文科学,43,89-91,1994.

2)磯山あけみ,工藤登志子,綿引寿栄,他:産後 1 か月の母親の身体的・心理的状態とケア・ニーズ調査.助産師,71(2),78-82,2017

3) Britton JR: Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period, Depress Anxiety, 25(9),793-800, 2008.

4)宮岡久子,佐藤君江,堀越幸子:褥婦の退院時と 1 カ月健診時における自己効力感と、1 カ月健診時の育児不安および育児困難感との関連,母性衛生,55(4),776-782,2015.

5)渡辺弥生,石井睦子:母親の育児不安に影響を及ぼす要因について,法政大学文学部紀要,51,35-46,2005.

6)島田三恵子,杉本充弘,縣俊彦,他:産後 1 か月間の母子の心配事と子育て支援のニーズおよび育児環境に関する全国調査―「健やか親子 21」5 年後の初経産別、職業の有無による比較検討―,小児保健研究,65(6),752-762,2006.

7)Alexander CP,Zhu J,Paul IM,他,:Fathers make a difference: positive relationships with mother and baby in relation to infant colic, Child Care Health Dev,Sep43(5),687-696,2017.

8)野原真理:妊産婦の育児、健康状態におけるQOLに対する親族によるサポートの影響,小児保健研究,73(1),10-20,2014.

9)笠井真紀,河原加代子,杉本正子:夫の育児サポートと夫婦関係に関する予備的調査―東京都内A保健センターの 1 歳 6 か月児健診に来所した母親とその夫を対象に―,日本保健科学会学会誌,9(2),102-111,2006.

10)田中恵子:父親の育児家事行動・夫婦関係満足度の変化と母親の育児ストレスとの関連性,人間文化研究科年報,25,215-224,2010.

11)石橋君子,大坪智美,正崎仁恵:夫婦の意識が相互の育児不安に及ぼす影響,母性衛生,43(4),541-548,2002.

12)塩澤真由美,石田貞代,萩原結花:出産後早期における父親の育児家事実施意欲に関する研究―母親の期待・性役割態度・出産準備教育との関連―,母性衛生,47(4),582－589,2007.

13)池田友美,入山茂美:妊娠期に夫婦で行う出産育児準備と夫の育児意図の関連,母性衛生,55(1),95-101,2014.

14)萩原結花,名取初美,平田良江:妊娠期における育児準備が育児ストレス・育児不安に与える影響,山梨県立大学看護学部研究ジャーナル,3,37-44,2017.

15)吉田弘道,山中龍宏,巷野悟郎:育児不安スクリーニング尺度の作成に関する研究-1・2 ヶ月児の母親用試作モデルの検討-,小児保健研究,58(6),697-704,1999.

16)清水嘉子,関水しのぶ:母親の育児ストレス尺度-短縮版作成と妥当性の検討-,子どもの虐待とネグレクト,12(2),261-270,2010.

17)福井聖子,三瓶舞紀子,金川武司,他:大阪府小児救急電話相談(＃8000)に寄せられる新生児の相談と育児不安の検討,母性衛生,58(1),185-191,2017.

18)坂野藍子,中西伸子:夫の妻の産後の精神状態における知識と妻の育児ストレスとの関連,奈良看護紀要,14,19-27,2018.

19)久世恵美子,秦久美子,中塚幹也:産後1カ月の母親の「育児上のネガティブな出来事」の実態と背景因子-第 1 報:「育児上のネガティブな出来事」の体験-,母性衛生,56(2),338-348,2015.

20)萩原結花:妊娠期における出産に向けての準備行動と妊婦が受けた援助,山梨県母性衛生学会誌,6,22-28,2007.
21) 山口扶弥,田川紀美子,藤野成美:乳児を持つ母親の育児不安に関する縦断的研究-経産婦と初産婦の傾向と支援対策の検討-,健康科学と人間形成,3(1),13-23,2017.
22)島田三恵子,杉本充弘,縣俊彦,他:産後1か月間の母子の心配事と子育て支援のニーズおよび育児環境に関する全国調査-「健やか親子21」5年後の初経産別、職業の有無による比較検討-,小児保健研究,65(6),752-762,2006.
23)宮田しげ子:生後 1～2 ヶ月児を持つ母親の育児不安-育児不安スクリーニング尺度の分析から-,母性看護,32,29-31,2001.

表 1.妊産婦の属性　　N=174

		n	(%)	中央値	四分位範囲
年齢(歳)				31	28-34
夫の年齢(歳)				32	29-37
分娩歴	初産婦	90	51.7		
	経産婦	84	48.3		
在胎週数(週)				39	38.5-40
分娩方法	経腟分娩	150	86.2		
	帝王切開	24	13.8		
児の性別	男	90	51.7		
	女	84	48.3		
出生体重(g)				3097.5	2847.5-3318.5

表 2. 育児準備、育児不安、育児ストレスの中央値

	全体 (N=174)	四分位範囲	初産婦 (N=90)	四分位範囲	経産婦 (N=84)	四分位範囲	p 値
育児準備	29.0	22.8-36.0	32.0	25.0-38.0	26.0	20.0-32.8	0.001
育児不安	26.0	22.0-33.0	26.0	21.8-31.0	27.0	22.8-34.0	0.283
育児ストレス	39.0	30.8-46.0	37.5	30.0-47.0	39.5	31.0-46.0	0.989

Mann-Whitney U 検定、有意水準:$p<0.05$

表 3.育児準備と育児不安、育児ストレスとの関連　　N=174

	育児不安	p値	育児ストレス	p 値
育児準備	-0.164	0.031	-0.229	0.002

Spearman の順位相関係数
有意水準:$p<0.05$

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

精神科看護における科学的根拠に基づく実践に関連する要因

○奥村 智志　　(独立行政法人国立病院機構東尾張病院)
小久保 知由起　(独立行政法人国立病院機構東尾張病院)

I.　はじめに

看護師には、健康を増進し、疾病を予防し、健康を回復し、苦痛を緩和するという基本的責任がある[1]。看護師がこの責任を果たすためには、安全かつ効率的で専門的な看護ケアを対象者に提供する必要があり、それを可能にするための看護実践能力が求められる[2]。現代医療では、効果的で効率的なケアを提供する上で、科学的根拠に基づく実践(Evidence-based practice: EBP)が重視されており、看護師に必要な能力の一つとして、国際的に普及啓発が行われている[3]。

科学的根拠に基づく実践については、多くの看護師がその必要性を認識する一方で、実際のケアにまで十分に浸透していないという課題が指摘されている[4]。特に精神科看護では、専門的な知識・技術を患者とのかかわりを通して培うところに特徴があり、他科看護師と比較して経験的知識を重視する傾向が強いと言われている[5]。精神科看護師の経験的知識は、看護展開における判断基準の一つとなっており、これまでにも経験豊富な看護師の語りから、臨床判断の内容を解明する試みが多くなされている[6]。こうした研究成果を活用することで、看護師の経験的知識を補填することができ、臨床経験の有無に伴う知識・技術の差異を埋めることにつながると考えられる。

研究と実践の統合には、看護師の研究に対する態度や有能感に加え、職場の奨励や組織としての柔軟性が影響していると言われている[7]。臨床現場では、これらの構成要素の実態を把握し、組織全体としてEBPを推進する体制づくりが求められる[8]。精神科看護においては、経験的知識を重視する看護の特殊性や組織風土が、看護師の研究意識に影響していると考えられるが、精神科看護師の研究意識に焦点を当てた先行研究は見当たらなかった。

そこで本研究は、精神科看護師の研究意識に影響する要因を探り、科学的根拠に基づく実践を推進するための示唆を得ることを目的とする。看護師の研究意識に関連する要因を明らかにすることは、臨床現場における組織づくりや現任教育の充実へとつながり、研究と実践の統合を図る一助になると考える。

II.　研究目的

精神科看護師の研究意識に影響する要因を探り、科学的根拠に基づく実践を推進するための示唆を得る。

III.　研究方法

1.　用語の定義

1)　精神科看護実践能力

田嶋らの研究[9]で用いられる「Clinical Competency」の概念に倣い、精神科看護における効果的な看護実践を導く看護師の思考・行動の特性を示すものとする。

2)　組織風土

福井らの研究[10]で用いられる「組織風土」の概念に倣い、リーダーシップやマネジメントの内容を含む職場の環境・風土に関する看護師の認識を示すものとする。

3)　研究意識

渡辺らの研究[7]で用いられる「Research Awareness」の概念に倣い、個人および組織的要因を含む臨床看護師の科学的根拠に基づく実践に関する認識を示すものとする。

2.　研究対象者

全国の都道府県ホームページより精神科病床を有する病院の情報を入手し、研究者が無作為に抽出した 5 施設ずつ計 235 施設の看護部責任者に調査協力を依頼し、同意が得られた施設に勤務する精神科看護師全員を対象者とした。

3.　研究期間

2019 年 4 月~2020 年 3 月

4.　データ収集方法

無記名の自記式質問紙を用いてデータを収集した。対象施設の看護部責任者に対して、研究説明書と調査協力依頼書を送付し、調査協力の諾否について回答を求めた。研究協力の同意が得られた施設の看護部責任者に必要部数の質問紙を郵送し、看護部を通した質問紙の配布と看護職員控室への回収箱の設置を依頼した。対象者には 2 週間の留置法にて質問紙への回答を求め、データ収集期間終了後に対象施設の看護部を通して研究者に返送してもらった。

5.　調査内容

質問紙は、精神科看護師の【基本属性】、【精神科看護実践能力】、【組織風土】、【研究意識】を問う項目で作成した。本研究では、変数のカテゴリーを【　】、尺度を《　》、下位尺度および項目を〈　〉で表記する。

【基本属性】は、先行研究[11]を参考に〈性別〉、〈年齢〉、〈看護師経験年数〉、〈精神科経験年数〉、〈他科経験の有無〉、〈職位〉、〈教育背景〉、〈文献閲読頻度〉、〈研究活動経験〉、〈学会参加経験〉、〈学会発表経験〉、〈論文投稿経験〉の計 12 項目を設定した。

【精神科看護実践能力】を測定する尺度は、先行研究[9]を基に〈アセスメント〉、〈援助行動〉、〈援助の基盤構築〉、〈経験知の活用〉の 4 下位尺度を構成する 12 項目(各 3 項目)で作成した。回答方法は 5 件法［5:非常にあてはまる～1:全くあてはまらない］とし、得点が高いほど精神科看護実践能力が高いことを示す。

【組織風土】の測定には、《組織風土尺度 12 項目版(OCS-12)》[10]を用いた。《OCS-12》には、強制的・命令的で封建的な風土を表す〈伝統性〉と、従業員の参加度が高く合理的な組織管理がなされていることを表す〈組織環境性〉の 2 つの下位尺度が存在し、6 項目ずつ計 12 項目で構成されている。回答は「はい」「いいえ」で答え、「はい」を 2 点、「いいえ」を 1 点として加算する。この下位尺度の得点によって、職場の組織風土を 4 類型に分類することができ、ある集団に所属する従業員が認知している組織風土の分布を把握・比較することができる。尺度の信頼性・妥当性は、尺度開発者により検証されている。尺度の使用については、事前に尺度開発者の承諾を得て使用し、原版では「会社」と表記されている箇所を「病院」に置き換えて使用することの許諾も得た。

【研究意識】の測定には、《看護師のリサーチ・アウェアネス尺度(RASN)》[7]を用いた。《RASN》は、看護師の研究に対する意識を測定するための尺度であり、特に日本の看護師を対象として作成されている。この尺度は、研究に対する看護師個人の〈態度〉(10 項目)、〈有能感〉(8 項目)と、職場環境としての〈奨励〉(9 項目)、〈柔軟性のある組織〉(4 項目)を測定する 4 下位尺度(計 31 項目)で構成されている。回答方法は 5 件法［5:非常にあてはまる～1:全くあてはまらない］で、得点が高いほど研究に対する意識が高いことを示す。尺度の信頼性・妥当性は、尺度開発者により検証されている。尺度の使用につい

ては、事前に尺度開発者の承諾を得て使用した。

6.　データ分析方法

すべての変数について記述統計量を算出した。【基本属性】による【研究意識】の平均得点の差の有無を検討するため、2 群間の比較には Mann-Whitney U 検定、3 群間以上の比較には Kruskal-Wallis 検定を実施した。間隔尺度である【精神科看護実践能力】および【組織風土】に関しては、【研究意識】の合計得点との相関係数を算出した。最終的に【研究意識】を従属変数、【基本属性】、【精神科看護実践能力】、【組織風土】を独立変数とし、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。独立変数については、Spearman の順位相関係数を算出し、多重共線性を回避するために〈看護師経験年数〉を除外した。統計解析には SPSS ver.25 for Windows を使用し、有意水準は 5%未満とした。

7.　倫理的配慮

本研究は、東尾張病院倫理審査委員会の承認(承認番号: 30-4)を得て実施した。対象者には、研究目的、自由意思による研究参加、不参加による不利益がないこと、研究者の守秘義務、データの取り扱い、学会・専門誌等への発表について書面にて説明し、質問紙の回収をもって同意が得られたものとした。

IV.　結果

調査協力依頼をした 235 施設のうち 82 施設の協力が得られ、4774 名の精神科看護師に質問紙を配布し、3420 名から回答が得られた(回収率: 71.6%)。このうち、すべての項目に欠損のない 2999 名を分析対象とした(有効回答率: 87.7%)。

1.　基本属性と研究意識の関連(表 1)

【基本属性】は、〈性別〉が男性 1138 名(37.9%)、女性 1861 名(62.1%)であった。〈年齢〉は平均 42.49±10.91 歳であり、40 歳代が 1031 名(34.4%)で最も多かった。〈看護師経験年数〉は平均 17.72±10.82 年であり、25 年以上が 834 名(27.8%)で最も多かった。〈精神科経験年数〉は平均 12.70±9.34 年であり、5 年未満が 700 名(23.3%)で最も多かった。〈他科経験の有無〉は、「あり」が 1818 名(60.6%)で半数以上を占めていた。〈職位〉は看護スタッフが 2339 名(78.0%)で大半を占め、〈教育背景〉は専門学校等が 2425 名(80.9%)で大半を占めていた。〈文献閲読頻度〉は「自主的に読まない」が 2344 名(78.2%)、〈研究活動経験〉は「あり」が 2315 名(77.2%)、〈学会参加経験〉は「あり」が 2200 名(73.4%)、〈学会発表経験〉は「なし」が 1831 名(61.1%)、〈論文投稿経験〉は「なし」が 2672 名(89.1%)であった。【研究意識】を表す《RASN》の合計得点は、〈他科経験の有無〉を除くすべての項目と有意な関連がみられた。

表1 基本属性と研究意識の関連

		n (%)	看護師のリサーチ・アウェアネス尺度(RASN)		
			Mean ± SD	p	検定方法
性別	男性	1138 (37.9)	101.18 ± 16.54	**	#1
	女性	1861 (62.1)	99.63 ± 15.59		
年齢	20歳代	443 (14.8)	99.90 ± 16.14	***	#2
	30歳代	712 (23.7)	98.04 ± 16.38		
	40歳代	1031 (34.4)	100.82 ± 15.93		
	50歳以上	813 (27.1)	101.55 ± 15.39		
看護師経験年数	5年未満	351 (11.7)	100.81 ± 15.45	***	#2
	5年以上10年未満	441 (14.7)	98.39 ± 15.72		
	10年以上15年未満	517 (17.2)	98.45 ± 16.60		
	15年以上20年未満	403 (13.4)	99.31 ± 16.46		
	20年以上25年未満	453 (15.1)	102.24 ± 15.98		
	25年以上	834 (27.8)	101.38 ± 15.48		
精神科経験年数	5年未満	700 (23.3)	100.21 ± 15.89	*	#2
	5年以上10年未満	611 (20.4)	98.49 ± 16.20		
	10年以上15年未満	567 (18.9)	100.48 ± 16.69		
	15年以上20年未満	409 (13.6)	99.62 ± 16.63		
	20年以上25年未満	314 (10.5)	101.92 ± 15.37		
	25年以上	398 (13.3)	101.81 ± 14.20		
他科経験の有無	なし	1181 (39.4)	100.23 ± 15.30	n.s.	#1
	あり	1818 (60.6)	100.21 ± 16.40		
職位	看護スタッフ	2339 (78.0)	98.45 ± 15.58	***	#1
	管理職・資格保有者	660 (22.0)	106.50 ± 15.79		
教育背景	専門学校等	2425 (80.9)	99.89 ± 16.05	**	#1
	大学・大学院	574 (19.1)	101.62 ± 15.59		
文献閲読頻度	自主的に読まない	2344 (78.2)	98.11 ± 15.43	***	#1
	自主的に読む	655 (21.8)	107.77 ± 15.61		
研究活動経験	なし	684 (22.8)	97.48 ± 15.59	***	#1
	あり	2315 (77.2)	101.03 ± 16.00		
学会参加経験	なし	799 (26.6)	96.83 ± 15.64	***	#1
	あり	2200 (73.4)	101.45 ± 15.92		
学会発表経験	なし	1831 (61.1)	98.46 ± 15.36	***	#1
	あり	1168 (38.9)	102.98 ± 16.52		
論文投稿経験	なし	2672 (89.1)	99.32 ± 15.55	***	#1
	あり	327 (10.9)	107.60 ± 17.43		

N=2999

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

#1=Mann-Whitney U検定 #2=Kruskal-Wallis 検定

2. 精神科看護実践能力および組織風土と研究意識の関連(表 2)

【精神科看護実践能力】で使用した尺度の Cronbach's α係数は、尺度全体が 0.87 であり、各下位尺度は 0.58～0.79 であった。尺度全体の合計得点の平均値は 45.02±5.57 であった。【組織風土】で使用した《OCS-12》の Cronbach's α係数は、尺度全体が 0.61 であり、各下位尺度は 0.67～0.71 であった。〈伝統性〉の平均値は 7.78±1.65 で、〈組織環境性〉の平均値は 9.07±1.81 であった。【研究意識】で使用した《RASN》の Cronbach's α係数は、尺度全体が 0.93 であり、各下位尺度は 0.86～0.93 であった。尺度全体の合計得点の平均値は 100.22±15.97 であった。《RASN》の合計得点は、【精神科看護実践能力】の合計得点(ρ=0.428、p<0.001)およびすべての下位尺度(ρ=0.308~0.377、p<0.001)と有意な正の相関がみられ、【組織風土】の〈伝統性〉(ρ=−0.105、p<0.001)と有意な負の相関、〈組織伝統性〉(ρ=0.320、p<0.001)と有意な正の相関がみられた。

表2 精神科看護実践能力および組織風土と研究意識の関連

	下位尺度	Mean ± SD	RASNとの相関係数
精神科看護実践能力	アセスメント	11.35 ± 1.71	0.320***
	援助行動	11.04 ± 1.81	0.377***
	援助の基盤構築	11.94 ± 1.61	0.308***
	経験知の活用	10.69 ± 1.72	0.364***
	尺度全体(合計得点)	45.02 ± 5.57	0.428***
組織風土	伝統性	7.78 ± 1.65	−0.105***
	組織環境性	9.07 ± 1.81	0.320***

N=2999

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Spearmanの順位相関係数

3. 精神科看護師の研究意識に影響する要因(表 3)

精神科看護師の【研究意識】に影響する要因は、【基本属性】の〈性別:男性〉(β=0.052、p<0.01)、〈年齢:50 歳以上〉(β=0.060、p<0.001)、〈精神科経験年数:5 年未満〉(β=0.078、p<0.001)、〈職位:管理職・資格保有者〉(β=0.124、p<0.001)、〈文献閲読頻度:自主的に読む〉(β=0.146、p<0.001)、〈研究活動経験:あり〉(β=0.037、p<0.05)、〈学会発表経験:あり〉(β=0.035、p<0.05)、〈論文投稿経験:あり〉(β=0.073、p<0.001)、【精神科看護実践能力】の〈アセスメント〉(β=0.072、p<0.001)、〈援助行動〉(β=0.125、p<0.001)、〈援助の基盤構築〉(β=0.040、p<0.05)、〈経験知の活用〉(β=0.177、p<0.001)、【組織風土】の〈伝統性〉(β=−0.128、p<0.001)、〈組織環境性〉(β=0.309、p<0.001)であった。重回帰分析の寄与率は 35.2%(調整済み R^2=0.352)であった。

表3 精神科看護師の研究意識に影響する要因

		RASN(β 標準偏回帰係数)
基本属性	性別(男性)	0.052**
	年齢(50歳以上)	0.060***
	精神科経験年数(5年未満)	0.078***
	職位(管理職等)	0.124***
	文献閲読頻度(自主的に読む)	0.146***
	研究活動経験(あり)	0.037*
	学会発表経験(あり)	0.035*
	論文投稿経験(あり)	0.073***
精神科看護実践能力	アセスメント	0.072***
	援助行動	0.125***
	援助の基盤構築	0.040*
	経験知の活用	0.177***
組織風土	伝統性	−0.128***
	組織環境性	0.309***

調整済みR^2=0.352

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

重回帰分析(Stepwise法)

V. 考察

本研究では、【基本属性】の〈性別〉、〈年齢〉、〈精神科経験年数〉、〈職位〉、〈文献閲読頻度〉、〈研究活動経験〉、〈学会発表経験〉、〈論文投稿経験〉が精神科看護師の研究意識に影響していることが明らかに

なった。本研究の対象者は、半数以上が他科での看護経験を有しており、精神病床を主とする病院において既卒看護師を採用する傾向にあるという伊東ら[12]の報告と一致する。このため、年齢を重ねてから精神科を経験する看護師も多いことが推察され、年齢が高く精神科経験が浅いほど、科学的根拠を重視する傾向にあると言える。また、高橋ら[13]の報告では、看護師のキャリアアップや資格取得を目指す意向が、学習への内発的動機となることを明らかにしている。これは本研究においても同様の傾向が見られ、研究意識はキャリア形成の影響を受けることが示唆された。さらに、一連の学術的活動に関する経験が研究意識に関連しているという結果は、臨床での研究成果活用に関する要因を明らかにした清村ら[11]の報告と一致する。特に〈文献閲読頻度〉は、【基本属性】の中で最も研究意識に影響を与えていることが示され、自主的に文献に目を通す姿勢が、科学的根拠を意識した看護実践に直結していると言える。一方、研究意識の性差については、これまでの研究では明らかにされておらず、本研究において初めて抽出された関連項目である。この背景には、男性看護師の配置が多いという精神科領域の特徴が影響している可能性があり、男女間の Work Family Conflict の差異[14]や職務満足度[15]との関連を検討する必要があると考える。

【精神科看護実践能力】については、〈アセスメント〉、〈援助行動〉、〈援助の基盤構築〉、〈経験知の活用〉のすべての下位尺度が、研究意識に有意な正の影響を与えていた。特に、〈経験知の活用〉に関する意識の高さが、4 つの下位尺度の中で最も研究意識の向上に寄与するという結果は、精神科看護において経験的知識の科学的立証が求められていることを意味する。上村ら[16]は、看護実践能力の向上について、業務に関連した学習支援が重要であると述べている。従って、看護師の経験的知識を立証するとともに、その科学的根拠を学習する機会を確保することで、看護実践能力の向上につながり、研究意識が触発されると考える。

【組織風土】では、〈伝統性〉が低く〈組織環境性〉が高いほど、研究意識が高くなる傾向にあることが示された。これを組織風土の 4 類型[10]に当てはめると、強制的・命令的な雰囲気が少なく、合理的な組織管理がされている職場において、看護師の自律性に基づく業務遂行が促進され、研究意識が高くなると考えられる。特に〈組織環境性〉は、すべての独立変数の中で最も研究意識の向上に寄与することが示され、看護師の自律性を尊重した環境を作ることが、研究意識の醸成において重要であると言える。

以上の内容を踏まえると、精神科看護における科学的根拠に基づく実践には、臨床の看護師が自律的なケアを提供できるような組織づくりを前提に、看護師が臨床経験で培った知識を深化させられるよう、自主的に文献を閲読できるような動機づけをしていく必要がある。上野ら[17]は、病院組織が組織目標を明確化・具体化することによって、看護師が自分の役割や責任において達成すべき具体的な目標を組織目標に関連して設定できるようになり、専門的なケア行動が促進されると述べている。このため、まずは病院組織として科学的根拠に基づく実践を推進するという目標を掲げ、院内の教育体制として看護師が自らの看護実践を省察すること[18]や文献に親しめるような機会[19]を確保する必要がある。こうした環境を整えることで、精神科看護における科学的根拠に基づく実践が浸透し、看護を必要とする人々に対する効果的なケアの提供を可能にすると考える。

VI. 結論

精神科看護師の研究意識には、【組織風土】の〈組織環境性〉が最も影響を与えており、次いで【精神科看護実践能力】の〈経験知の活用〉、【基本属性】の〈文献閲読頻度〉の関連性が高かった。臨床の看護師が自律的なケアを提供できるような組織づくりをするとともに、看護師が臨床経験で培った知識を深化させられるよう、自主的に文献を閲読できるような動機づけをしていく必要がある。病院組織とし

てこうした環境を整えることで、精神科看護における科学的根拠に基づく実践が促進されると考えられる。

謝辞

本研究に快くご協力いただきました関係機関並びに看護師の皆様に深く感謝申し上げます。

本研究は愛知県看護協会看護研究助成金を受けて実施したものである。

付記

本研究は 2020 年度の愛知県看護学会に演題発表した。

文献

1) International Council of Nurses (2012): The ICN Code of Ethics for Nurses, 2018 年 2 月 20 日閲覧, https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf
2) 高瀬美由紀，寺岡幸子，宮腰由紀子，他：看護実践能力に関する概念分析−国外文献のレビューを通して−，日本看護研究学会雑誌，34(4)，p.103-109，2011.
3) WHO(2017): Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region, 2019 年 2 月 16 日閲覧, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/348020/WH06_EBP_report_complete.pdf?ua=1
4) Dalheim A, Harthug S, Nilsen RM, et al: Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey, BMC Health Services Research, 12:367, 2012.
5) 関根 正，竹渕由恵，酒井美子，他：精神科看護師の職業的アイデンティティへの影響要因−他科看護師との比較から−，日本精神保健看護学会誌，24(1)，p.75-82，2015.
6) 平松悦子，難波峰子，木村美智子：精神科看護における臨床判断に関する文献検討，ヒューマンケア研究学会誌，9(2)，p.101-104，2018.
7) Watanabe Y, Oe M, Takemura Y, et al: Four factor Research Awareness Scale for Nurses in Japanese−Instrument development study−, Japan Journal of Nursing Science, 10(2), p.232-241, 2013.
8) Bosöm AM, Rudman A, Ehrenberg A, et al: Factors associated with evidence-based practice among registered nurses in Sweden: a national cross-sectional study, BMC Health Services Research, 13:165, 2013.
9) 田嶋長子，山田 覚：精神科看護師の Clinical Competency と影響因子の構造，日本精神保健看護学会誌，23(1)，p.9-18，2014.
10) 福井里江，原谷隆史，外島 裕，他：職場の組織風土の測定−組織風土尺度 12 項目版(OCS-12)の信頼性と妥当性，産業衛生学雑誌，46，p.213-222，2004.
11) 清村紀子，西阪和子：臨床での研究成果活用に関する要因分析，日本看護研究学会雑誌，27(1)，p.59-72，2004.
12) 伊東美奈子，光永悠彦，井部俊子：病院における既卒看護師の採用と早期離職に関する全国調査−

新卒採用者との比較からの考察–，日本看護科学会誌，37，p.254-262，2017.
13） 高橋甲枝，清村紀子，梶原江美，他：臨床看護師の学習ニードと個人要因および環境要因との関連，日本看護科学会誌，32(2)，p.34-43，2012.
14） 鈴木康宏：男性看護師と女性看護師のワーク・ファミリー・コンフリクトの比較，日本健康医学会雑誌，26(2)，p.86-92，2017.
15） 久保陽子，永松有紀，竹山ゆみ子，他：精神科看護師職務満足度の影響要因検討–ストレス対処行動と性格傾向による分析–，産業医科大学雑誌，29(2)，p.169-181，2007.
16） 上村千鶴，高瀬美由紀，川元美津子：看護師による学習行動と看護実践能力との関連性，日本職業・災害医学会会誌，64(2)，p.88-92，2016.
17） 上野恭子，西川浩昭：精神科看護師の専門的ケア行動に影響を及ぼす組織コミットメントに関する研究，日本看護科学会誌，25(4)，p.30-38，2005.
18） 杉山祥子，朝倉京子：看護師の自律的な臨床判断が磨かれるプロセス，日本看護科学会誌，37，p.141-149，2017.
19） 奥村智志，小久保知由起：A 精神科病院における看護師の看護実践や研究意識に影響する要因，日本看護学会論文集(看護教育)，50，p.155-158，2020.

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

看護師が臨床で直面する倫理的問題と倫理的感受性に関する研究

○横地有紀（愛知医科大学大学院看護学研究科）
白鳥さつき（一宮研伸大学）

Ⅰ．はじめに

医療技術の進歩と人口の高齢化，人々の価値観の多様化に伴い，治療の選択や意思決定，生命倫理に基づく対応，患者の尊厳や権利の尊重など，看護師は多様な倫理的問題に直面している。医療の質評価における第三者機構である日本医療機能評価機構は，評価項目に「患者の権利の擁護」や「倫理的課題の解決に向けた継続的な取り組み」を挙げている[1)]。このことは，臨床において倫理的問題がいかに重要であるかということを意味している。

倫理的問題を示す代表例とも言える身体抑制について，厚生労働省は「身体拘束ゼロへの手引き」を示し，介護保険施設等では身体拘束が禁止された[2)]。介護の現場では身体拘束のないケアの実現に向け，様々な取り組みが進められている。しかし臨床では，依然として身体抑制が行われている実態がある。野崎ら[3)]の調査では，大学病院の看護師の87.5%が認知症高齢者の身体抑制を必要と回答し，池添ら[4)]の全国調査では，89.8%の看護師が身体抑制を「抜管，抜針の危険，治療処置等が妨げられる危険性があるため」に実施していると報告している。つまり，看護師は治療上やむを得ないことを理由に，身体抑制を行っていると推察される。また，社会問題とされた高齢者の胃ろう造設では，熊田[5)]は，認知症や病気の影響でコミュニケーションが取れない患者に対して，本人の意思決定が確認できないまま，延命の手段として実施されてきたことを報告している。鈴木[6)]は，患者本人の意思を確認できない場合は造設の意思決定が家族に委ねられ，代弁者として重要な役割を担う看護師が，これらの意思決定プロセスに十分関われていないことを指摘している。

このような多岐にわたる倫理的問題の解決や軽減には，看護師の意識や関心が大きく影響している[7)]。看護師は，ベッドサイドケアを通して患者の最も身近な立場に立てる専門職であり，倫理的問題に直面する機会も多いと考える。そのため，専門職として患者の尊厳や権利を守り，多様な倫理的問題を自律的に解決することが求められる。しかし，看護師は倫理的問題に直面しているにも関わらず，倫理的問題と認識していないことが指摘されている[8) 9) 10) 11)]。つまり，臨床における倫理的問題の解決や軽減には，看護師の倫理的感受性を高めることが重要であり，専門職としての課題と言える。

倫理的感受性には，人生経験，教育，看護師としての体験，組織の方針，職場環境などが影響する。倫理的感受性を高めるためには，看護倫理研修の受講経験[12)]や事例分析の経験[13)]が有効であることが報告されている。

近年，複雑・多様化する医療環境において，倫理的問題は増加することが予測される。本研究では，看護師が臨床で直面する倫理的問題と看護師の倫理的感受性に影響を与える要因を明らかにし，倫理的感受性を高めるための教育への示唆を得ることを目的とする。

Ⅱ．研究目的

1．看護師が臨床で直面する倫理的問題を明らかにする。
2．臨床の看護師の倫理的感受性に影響を与える要因を明らかにする。
3．倫理的感受性を高めるための倫理教育への示唆を得る。

Ⅲ．研究方法

1．研究デザイン

自記式質問紙調査による量的記述研究

2．用語の定義

倫理的問題：対象の尊厳や権利が侵害されている状況

倫理的感受性：対象との関係の中で倫理的な問題を感じ取る能力であり，感じ取った倫理的問題を問題として認識すること

3．研究対象者

東海四県（愛知県・岐阜県・三重県・静岡県）及び北陸三県（富山県・石川県・福井県）の病院に勤務する看護師

4．調査方法

郵送法による無記名自記式質問紙調査である。手順は，対象施設の責任者にはがき又は電話で，研究協力依頼書，質問紙郵送の可否を確認する。許可があった施設に，研究協力依頼書，質問紙，承諾書，返信用封筒を同封して郵送し，承諾の場合は，承諾書に調査可能人数を記し返信を依頼する。承諾書の返信があった施設に，配布依頼書，調査可能な人数分の研究協力依頼書，質問紙，返信用封筒を同封して郵送し，調査対象者への配布を依頼する。調査対象者の承諾は，質問紙の返信をもって同意が得られたものと判断し，無記名で郵送による個別回収をする。

5．研究期間

2018 年 5 月～2020 年 2 月

6．質問紙による調査内容

1）個人特性

年齢，職位，性別，勤務場所と配偶者，育児経験，入院経験，患者や家族の立場で倫理的問題に直面する経験など「あり」「なし」で回答を求めた。

2）組織特性

組織体制（100 床未満・100 床以上 300 床未満・300 床以上 500 床未満・500 床以上看護師による倫理カンファレンス，多職種による倫理カンファレンスなど「あり」「なし」「わからない」で回答を求めた。倫理的問題を上司に相談できる機会（カンファレンス以外），倫理的問題を同僚看護師に相談できる機会（カンファレンス以外）について，「あり」「なし」で回答を求めた。

3）看護師が臨床で直面する倫理的問題

看護師が臨床で直面する倫理的問題は多様であり，潜在するケースもあると推察される。そのため，近年の医療現場の変化に即した状況を加え，具体的状況を想起できるように，フライらの「ETHICS and HUMAN RIGHTS in NURSING PRACTICE」（岩本らによる日本語版 [9]）やトンプソンらの「倫理問題を明確にする分類の方法」（松本ら改変 [14]），日本看護協会の実態調査「看護業務上の倫理的問題に対する看護職者の

認識」[15]の「業務上悩んだり直面したりしたこと」を参考に，独自に 22 項目を作成した。過去 1 年間の体験頻度について 4 件法で回答を求めた。

4) 倫理に関する学習経験

事例分析の経験，倫理研修（事例分析）受講経験，倫理研修（看護者の倫理綱領の学習）受講経験，倫理研修（倫理原則の学習）受講経験，倫理研修（4 分割法や 4 ステップモデル学習などの分析手法）受講経験など「あり」「なし」で回答を求めた。

5) 臨床における倫理的問題への関心

倫理的に問題と感じたとき倫理カンファレンスの開催を働きかける，倫理に関する研修会や学会に積極的に参加するなど，4 件法で回答を求めた。

6) 看護師の倫理的感受性

臨床看護師の倫理的感受性尺度[12]を採用した。この尺度は，【尊厳の意識】【専門職としての責務】【患者への忠誠】の 3 因子 19 項目で構成されている。尺度項目は，「術後患者が栄養チューブを抜こうとしたので，上肢の拘束を行った」など，患者の尊厳や権利に関わる状況が詳細に表現されており，本研究が求める内容を包含していると考え採用した。クロンバック α 信頼性係数は 0.80 で信頼性は確保されている。使用にあたり作成者に尺度使用の許諾を得た。回答は，「1：全く問題がないと思う」，「2：問題がないと思う」，「3：どちらともいえない」，「4：問題があると思う」，「5：非常に問題があると思う」の 5 件法で求めた。この尺度は，点数が高いほど倫理的感受性が高いことを示し，平均値が倫理的感受性である。

7．分析方法

1) 個人特性と組織特性は，記述統計量を求め対象母集団の特徴を見た。

2) 看護師が臨床で直面する倫理的問題について，度数分布を求めた。

3) 倫理的感受性尺度得点について，個人特性，組織特性，倫理に関する学習経験との比較を求めた（Mann-Whitney U 検定及，Kruskal-Wallis 検定，χ 二乗検定）。倫理的感受性尺度得点と臨床における倫理的問題への関心との関連を求めた（Spearman の順位相関係数）。

4) これらの統計解析には IBM SPSS Statistics ver.25 を用い，有意水準は 5%とした。

8．倫理的配慮

対象施設の責任者から許可の得られた施設を対象とした。対象者には，研究目的，研究方法，参加協力への自由意思，個人情報の保護，研究成果の公表等について文書で説明し，質問紙の返信をもって同意が得られたものと判断した。質問紙は無記名とし，回答は個別返送にて回収し，個人情報の保護および上司からの強制力を排除した。回収した質問紙は鍵のかかるロッカーで保存し，データーは電子媒体で保存しパスワードの設定を行った。愛知医科大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 188）。

Ⅳ．結果

承諾の得られた 57 病院，看護師 1580 名を対象とした。回収数は 819 部（回収率 51.8%）であった。そのうち性別，職位，質問紙のページ全体にわたる回答の欠損があるものを除いた 790 部を有効回答（有効回答率 96.5%）とし分析の対象とした。

1．個人特性および組織特性

性別は女性 711 名（90%），男性 79 名（10%），職位は管理職が 242 名（30.6%），ス

タッフが 548 名（69.4%）であった。平均年齢は，管理職 47.49 歳，スタッフ 38.39 歳であった。病床数は 100 床未満 61 名（7.8%），100 床以上 300 床未満 360 名（45.9%），300 床以上 500 床未満 222 名（28.3%），500 床以上 142 名（18.1%）であった。（表 1）

表1　個人特性および組織特性

		n （%）
性別	女性	711 (90.0)
（n＝790）	男性	79 (10.0)
職位	管理職	242 (30.6)
（n＝790）	スタッフ	548 (69.4)
年齢		（平均±標準偏差）
（n＝786）	全体	41.17±10.37
	管理職	47.49±6.68
	スタッフ	38.39±10.49
病床数		
（n＝784）	100床未満	61 (7.8)
	100床以上，300床未満	360 (45.9)
	300床以上，500床未満	222 (28.3)
	500床以上	142 (18.1)

2．看護師が臨床で直面する倫理的問題

看護師が臨床で直面する倫理的問題について，文献を参考に独自に作成（22 項目）し，4 件法で回答を求め，「よくある」の割合が高い順に表 2 に示した。「よくある」の割合が最も高かった項目は，「認知機能が低下している場合，患者本人よりも家族の意向が重視される」381 名（48.4%）であり，次いで「看護師の人員配置の制約により患者に十分な看護を提供できない」246 名（31.2%），「患者の安全確保のため身体抑制を行う際，多職種での検討ができていない」166 名（21.1%）であった。

表2　看護師が臨床で直面する倫理的問題の体験頻度（n＝790）

項目	体験頻度　n（%）				欠損値
	よくある	時々ある	あまりない	全くない	
認知機能が低下している場合，患者本人よりも家族の意向が重視される	381 (48.4)	342 (43.5)	48 (6.1)	16 (2.0)	36
看護師の人員配置の制約により患者に十分な看護を提供できない	246 (31.2)	396 (50.2)	134 (17.0)	13 (1.6)	34
患者の安全確保のため身体抑制を行う際，多職種での検討ができていない	166 (21.1)	283 (36.0)	270 (34.3)	68 (8.6)	36
患者や家族が医療職から説明された内容を十分に理解できていない	130 (16.5)	515 (65.2)	138 (17.5)	7 (0.9)	33
患者や家族が，医療チームの一員として参加するような体制になっていない	102 (13.0)	313 (39.9)	336 (42.8)	34 (4.3)	38
終末期の高齢患者に濃厚な治療や検査を行う	87 (11.1)	323 (41.1)	317 (40.4)	58 (7.4)	38
患者が予後不良や終末期に真実を知らされていない	67 (8.5)	380 (48.3)	274 (34.8)	66 (8.4)	36
自分の能力以上の業務を任されるために適切なケアができない	56 (7.1)	336 (42.6)	382 (48.4)	15 (1.9)	34
患者が看護師の尊厳や人権を侵害する	53 (6.7)	308 (39.1)	374 (47.5)	52 (6.6)	36
患者や家族に，看護ケアについて十分に説明できていない	50 (6.3)	322 (40.8)	393 (49.7)	25 (3.2)	33
看護記録が適切に記載されない	43 (5.5)	279 (35.5)	423 (53.7)	42 (5.3)	36
患者の療養生活上のプライバシーが保護されない	39 (4.9)	280 (35.5)	418 (53.0)	52 (6.6)	34
患者や家族が医療者に本音を表現できない場合，権利擁護者や代弁者としての役割をとることができない	36 (4.6)	305 (39.4)	410 (52.9)	24 (3.1)	48
同僚看護師が患者や家族の権利を尊重していない	35 (4.4)	266 (33.7)	397 (50.3)	91 (11.5)	34
退院支援が不十分なまま患者が退院する	32 (4.1)	255 (32.6)	420 (53.6)	76 (9.7)	40
看護師が患者や家族の意思決定のプロセスに十分関与できない	32 (4.1)	230 (29.4)	498 (63.6)	23 (2.9)	40
他の医療職が患者や家族の権利を尊重していない	30 (3.8)	266 (33.7)	415 (52.6)	78 (9.9)	34
患者が不適切な施設や設備のもとで療養している	20 (2.6)	189 (24.1)	485 (61.9)	89 (11.4)	40
医療職内で意見の相違があり患者の治療に影響する	20 (2.5)	237 (30.2)	476 (60.6)	53 (6.7)	37
同僚看護師の不適切な行動を黙認する	17 (2.2)	188 (23.9)	483 (61.3)	100 (12.7)	35
他の医療職の不適切な行動を黙認する	11 (1.4)	155 (19.7)	518 (65.8)	103 (13.1)	36
患者との関係でうまくいかないと感じたとき，その患者を避ける	5 (0.6)	198 (25.1)	447 (56.6)	140 (17.7)	33

3. 年代・育児経験等の個人特性による倫理的感受性尺度得点の比較

倫理的感受性には，職位，配偶者の有無，育児経験などのライフイベントなどが関連すると考え，倫理的感受性尺度得点を個人特性で比較（Mann-Whitney U 検定及び Kruskal-Wallis 検定）し，結果を表 3－1，3－2 に示した。年代別の倫理的感受性尺度得点は，年代間の比較で有意差があった。その後の多重比較では，「20 代＜30 代（p=0.013)」，「20 代＜40 代（p=0.000)」，「20 代＜50 代以上（p=0.000)」，「30 代＜40 代（p=0.020)」，「30 代＜50 代以上（p=0.001)」に有意差があった。「40 代と 50 代以上」に有意差はなかった。勤務場所別の倫理的感受性尺度得点の比較では，場所別に有意差があった。その後の多重比較では，「外来と病棟：急性期（p=0.014)」及び「その他（看護部長室・透析室など）と病棟：急性期（p=0.007)」に有意差があり，いずれも「病棟：急性期」が低かった。「女性（p=0.029)」，「管理職（p=0.000)」，「配偶者あり（p=0.001)」，「育児経験あり（p=0.000)」，「患者や家族の立場で倫理的問題に直面する経験あり（p=0.000)」が有意に高かった。

表3－1　個人特性による倫理的感受性尺度得点の比較　　Mann-Whitney U検定

		n（%）	倫理的感受性尺度得点 中央値	中央値（四分位範囲）	U値	有意確率
職位						
（n＝770）	管理職	240 (31.2)	3.89	3.68-4.16	46969.0	0.000
	スタッフ	530 (68.8)	3.74	3.47-4.00		
配偶者						
（n＝770）	あり	459 (59.6)	3.79	3.58-4.11	60931.0	0.001
	なし	311 (40.4)	3.74	3.47-4.00		
育児経験						
（n＝770）	あり	444 (57.7)	3.84	3.58-4.11	61559.0	0.000
	なし	326 (42.3)	3.74	3.47-4.05		
患者や家族の立場で倫理的問題に						
直面する経験	あり	513 (67.2)	3.84	3.58-4.11	50003.5	0.000
（n＝763）	なし	250 (32.8)	3.68	3.42-3.95		

表3－2　個人特性による倫理的感受性尺度得点の比較　　Kruskal-Wallis検定

		n（%）	倫理的感受性尺度得点 中央値	中央値（四分位範囲）	K値	有意確率
年代						
（n＝768）	20代	135 (17.6)	3.58	3.395-3.79	52.672	0.000
	30代	186 (24.2)	3.74	3.47-4.00		
	40代	267 (34.8)	3.84	3.58-4.05		
	50代以上	180 (23.4)	3.89	3.63-4.06		
多重比較	30代＞20代					0.013
	40代＞20代					0.000
	50代以上＞20代					0.000
	40代＞30代					0.020
	50代以上＞30代					0.001
勤務場所						
（n＝766）	病棟（高度急性期）	16 (2.1)	3.74	3.605-4.08	27.085	0.000
	病棟（急性期）	293 (38.3)	3.68	3.47-3.95		
	病棟（回復期）	40 (5.2)	3.79	3.555-4.025		
	病棟（慢性期）	199 (26.0)	3.79	3.58-4.08		
	手術室	25 (3.3)	3.89	3.68-4.16		
	ICU/HCU/CCU	33 (4.3)	3.79	3.58-3.89		
	外来	47 (6.1)	3.89	3.74-4.135		
	その他（看護部長室・透析室など）	113 (14.8)	3.89	3.63-4.11		
多重比較	外来＞病棟（急性期）					0.014
	その他（看護部長室・透析室など）＞病棟（急性期）					0.007

4. 倫理カンファレンス等の組織特性による倫理的感受性尺度得点の比較

倫理的感受性には，倫理カンファレンスの有無や倫理的問題を相談できる機会などの組織特性が関連すると考え，倫理的感受性尺度得点を組織特性で比較（Kruskal-Wallis

検定及び Mann-Whitney U 検定）し，結果を表 4-1 及び表 4-2 に示した。「看護師による倫理カンファレンス」は有意差があり，その後の多重比較で，「あり」>「なし」(p=0.036)，「あり」>「わからない」(p=0.000)，「なし」>「わからない」(p=0.013）であった。「倫理的問題を上司に相談できる機会（カンファレンス以外)」は「あり」(p=0.021)，「倫理的問題を同僚に相談できる機会（カンファレンス以外)」は「あり」(p=0.020）が有意に高かった。

表4－1　組織特性による倫理的感受性尺度得点の比較　　Kruskal-Wallis検定

		n (%)	倫理的感受性尺度得点 中央値	中央値 (四分位範囲)	K値	有意確率
看護師による倫理カンファレンス						
(n＝768)	あり	422 (54.9)	3.84	3.58-4.11		
	なし	240 (31.3)	3.74	3.47-4.00	25.785	0.000
	わからない	106 (13.8)	3.655	3.42-3.84		
多重比較	あり>なし					0.036
	あり>わからない					0.000
	なし>わからない					0.013

表4－2　組織特性による倫理的感受性尺度得点の比較　　Mann-Whitney U検定

		n (%)	倫理的感受性尺度得点 中央値	中央値 (四分位範囲)	U値	有意確率
倫理的問題を上司に相談できる機会						
(カンファレンス以外)	あり	630 (81.9)	3.79	3.58-4.05	38311.5	0.021
(n＝769)	なし	139 (18.1)	3.68	3.455-4.00		
倫理的問題を同僚に相談できる機会						
(カンファレンス以外)	あり	643 (83.6)	3.79	3.555-4.05	35223.0	0.020
(n＝769)	なし	126 (16.4)	3.68	3.42-4.00		

5．倫理に関する学習経験による倫理的感受性尺度得点の比較

倫理的感受性には事例分析の経験や倫理研修の受講経験など，看護師の学習経験が影響を与えると考える。倫理的感受性尺度得点の中央値 3.79 をカットオフポイントとして 3.79 以上を「高群」，3.79 未満を「低群」に分けた。倫理に関する学習経験について，倫理的感受性尺度得点（高群・低群）による差を求め，表 5 に示した（χ 二乗検定)。高群が有意に高かった項目は，「カンファレンスによる事例分析の経験あり」(p=0.001)，「倫理研修（倫理原則の学習）受講経験あり」(p=0.001)，「倫理研修（4 分割法や 4 ステップモデル学習などの分析手法）受講経験あり」(p=0.000）などであった。

表5　倫理に関する学習経験　倫理的感受性高群・低群の比較　　χ 二乗検定

		高群	低群		
		n (%)	n (%)	χ 二乗値	有意確率
個人による事例分析の経験	あり	215 (52.7)	138 (38.1)	16.411	0.000
(n＝770)	なし	193 (47.3)	224 (61.9)		
カンファレンスによる事例分析の経験	あり	286 (70.1)	214 (59.1)	10.160	0.001
(n＝770)	なし	122 (29.9)	148 (40.9)		
「事例分析」を行う倫理研修受講経験	あり	202 (49.6)	124 (34.3)	18.290	0.000
(n＝768)	なし	205 (50.4)	237 (65.7)		
「倫理原則」を学習する倫理研修受講経験	あり	215 (52.8)	145 (40.6)	11.378	0.001
(n＝764)	なし	192 (47.2)	212 (59.4)		
「分析手法（4分割法や4ステップモデルなど」を学習する倫理研修受講経験	あり	192 (47.2)	112 (31.3)	20.081	0.000
(n＝765)	なし	215 (52.8)	246 (68.7)		
「看護者の倫理綱領」を学習する倫理研修受講経験	あり	226 (55.5)	173 (48.2)	4.117	0.042
(n＝766)	なし	181 (44.5)	186 (51.8)		
倫理に関する文献や書籍を読む	あり	243 (59.7)	168 (46.7)	13.057	0.000
(n＝767)	なし	164 (46.1)	192 (53.9)		

6．倫理的感受性尺度得点と臨床における倫理的問題への関心との関連

倫理的感受性には，臨床における倫理的問題への関心が関連すると考える。「倫理的に問題を感じたとき，倫理カンファレンスの開催を働きかける」，「倫理的問題を感じたとき，上司や同僚看護師と相談する」など独自に作成し 4 件法で回答を求め，倫理的感受性尺度得点の相関（Spearman の順位相関係数）を求めた。その結果正の相関を示した（表 6）。

表6　臨床における倫理的問題への関心と倫理的感受性尺度得点との相関　　Spearmanの順位相関係数

		倫理的感受性尺度得点	倫理的に問題を感じたとき，倫理カンファレンスの開催を働きかける
倫理的感受性尺度得点	r	—	0.216
	p		0.000
倫理的に問題を感じたとき，倫理カンファレンスの開催を働きかける	r	0.216	—
	p	0.000	

		倫理的感受性尺度得点	倫理に関する研修会や学会に積極的に参加する
倫理的感受性尺度得点	r	—	0.210
	p		0.000
倫理に関する研修会や学会に積極的に参加する	r	0.210	—
	p	0.000	

Ⅴ．考察

1．看護師が臨床で直面する倫理的問題と特徴

看護師が臨床で直面する頻度の高い問題は，高齢社会における医療の問題を鮮明に表していた。厚生労働省「平成 29 年（2017）患者調査の概況」[16] の入院受療率によれば入院患者の 7 割以上が高齢者である。入院患者の高齢化により，認知機能が低下した患者が増加していることが推察され，意思決定支援や身体抑制など患者の尊厳や権利に関わる問題への対応に，臨床の看護師が苦慮していることが伺える。意思決定支援では，本人の意向や能力が軽視されたり，家族の同意を得て治療や療養上の決定をすることが多い現状がある。厚生労働省は，近年の高齢多死社会の進行を踏まえ，2018 年に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（改訂版）」[17] を示している。今後，家族や医療チームが患者の意向を重視した話し合いができるよう，看護師が中核的な役割を担い支援することが重要である。身体抑制の実施について，多職種から構成される医療チームでの話し合いが，十分に行われていない現状が明らかとなった。日本看護倫理学会における「身体拘束予防ガイドライン」[18] では，患者に身体拘束が必要と考える場合，医療チームでカンファレンスの場を設けて検討する必要があるとしている。つまり，身体抑制を考慮する状況では，まず患者に関わる様々な職種が，患者の症状の原因を多角的にアセスメントし，代替的な方法や身体抑制を極めて限定的にする方法を検討することが重要である。看護師は患者の疾病や治療を考慮した上で，生活者としての視点でアセスメントし，他の職種に情報提供する役割がある。

2．看護師の倫理的感受性の特徴や影響を与える要因と教育方法

年代，職位，育児経験の有無などについては倫理的感受性尺度得点に有意差が見られた。このことから，人生での経験が，倫理的感受性に影響を与えることが分かる。中でもライフサイクルのピークに向かう 20 代から 40 代の経験が倫理的感受性に影響を与えるのではないかと推察される。勝原 [19] は，倫理的感受性には人生経験や仕事経験が影響すると述べている。結婚，子育てなどのライフサイクルにおける経験をはじめ，仕事での経験などが倫理的感受性を高めるために重要と考える。

勤務場所での比較では，急性期病棟と外来，急性期病棟とその他（看護部長室，透析

室など）で有意差があり，いずれも急性期病棟の倫理的感受性得点が低かった。急性期病棟は若い年代の看護師が多く，短い在院日数の中，生命維持や救命が優先され，倫理的問題を捉える時間的な余裕が少ないと推察される。日々の看護状況等で優先順位の高い倫理的問題をカンファレンスに取り上げ，その場を教育的に活用したり，様々な年代が合同で学習できる教育プログラムを構築するなど工夫が必要と考える。

組織体制による倫理的感受性尺度得点の比較では，看護師による倫理カンファレンスや倫理的問題を上司や同僚に相談できる機会は「なし」に比べ「あり」が有意に高かった。これは職場の取り組みが看護師の倫理的感受性に影響することを示している。本調査で，倫理的に問題を感じたとき，倫理カンファレンスの開催を働きかける，倫理に関する研修会や学会に積極的に参加するなど，臨床における倫理的問題の関心が倫理的感受性尺度得点と正の相関を認めた。これらのことから，組織体制の中に位置付けられた倫理カンファレンスや倫理研修は，看護師の倫理的問題に対する関心を高める効果が期待でき，倫理的感受性を高めるために有用であると考える。看護管理者や経験豊かな看護師が，日々倫理的問題となる現象を継続的に取り上げ，倫理カンファレンスを企画したり，多職種が参加できるよう調整することが重要である。勝原[20]は，いかに立派な教えを授かり，自らの良心を育んできていたとしても，所属する組織の環境や風土，そして自分より強い権限をもつ人の考え方などが優位に立つことがあると述べている。看護管理者はこのことに留意し，カンファレンスが，スタッフ同士の多様な経験，考え方に触れ学び合う場や，潜在している能力を引き出し高め合う場として機能するように，意図的に関わることが重要である。

倫理に関する学習経験について，倫理的感受性尺度得点の「高群」と「低群」に分け比較した結果，高群が有意に高かった項目は，事例分析の経験，倫理研修の受講経験などであった。倫理的感受性を高めるための教育の有用性については，看護倫理研修の受講経験[12]や事例分析の経験[13]が報告されている。倫理に関する学習は，多くの看護師は組織の教育体制の中で経験することが多いと推察され，倫理研修や事例分析を，組織の教育体制の一環として整備することが重要である。本調査では，倫理研修の学習内容として，看護者の倫理綱領や倫理原則などの基礎的知識，４分割法や４ステップモデルなど問題解決のツールの学習経験は，「高群」が有意に高かった。吉川ら[13]は問題解決の倫理原則や倫理綱領の知識を有する看護師は，倫理的感受性が高いことを報告し，伊藤ら[21]は，倫理観の育成には何らかの枠組みを使用した事例検討が重要と報告している。これらのことから，倫理研修の学習内容に，倫理に関する基礎的知識や問題解決のツールに関する内容を取り入れることは有用であると考える。

Ⅵ．結論

1. 看護師は臨床で様々な倫理的問題に直面していた。具体的には，「認知機能が低下している場合，患者本人よりも家族の意向が重視される」，「看護師の人員配置の制約により患者に十分な看護を提供できない」，「患者の安全確保のため身体抑制を行う際，多職種での検討ができていない」が直面する頻度の高い内容であった。
2. 倫理的感受性尺度得点が有意に高かったのは，年齢が高い者，スタッフより管理職，育児経験を有する者などであった。組織において倫理カンファレンスを実施し，事例分析，倫理研修などの経験者は有意に高かった。臨床における倫理的問題への関心と

倫理的感受性は関連を示した。これらのことから，倫理的感受性を高めるためには，個人としての人生経験の豊かさや生き方そのもの，年齢の重ね方，さらに専門教育では，倫理カンファレンスや事例分析などが有用であることが分かった。

謝辞

本研究にご協力いただきました皆様に深く感謝申し上げます。なお，本研究は，2019 年度愛知県看護協会看護研究助成金を受けて実施したものである。

付記

本研究は，2019 年度愛知医科大学大学院看護学研究科修士論文を一部抜粋，加筆修正したものである。

文献

1) 公益財団法人日本医療機能評価機構ホームページ，病院機能評価受審関連資料，2019 年 3 月 1 日アクセス，https://jcqhc.or.jp/.
2) 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」(2001)，身体拘束ゼロへの手引き～高齢者ケアに関わる全ての人に～，2018 年 12 月 13 日アクセス，http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakaifukushi/854.pdf.
3) 野崎茂正，生野繁子：大学病院一般病棟看護師の認知症高齢者に対する身体抑制の経験と道徳的感性の特徴，日本看護福祉学会誌，23 (1)，p 81-93，2017.
4) 池添志乃，田井雅子，中野綾美，他：倫理的判断を基盤とした抑制についての調査－抑制実施時の倫理的判断と「説明」を重視する看護者の特徴－，日本看護倫理学会誌，3 (1)，p 64-70，2011.
5) 熊田梨恵：Series　地域包括ケアの課題と未来　胃ろうはなぜ社会問題となったか，Socinnov，1 (13)，2015.
6) 鈴木裕：胃ろう栄養の適応と問題点，日本老年医学会雑誌，49 (2)，p 126-129，2012.
7) 中尾久子，大林雅之，家永登，他：日本の病院における倫理的問題に対する認識と対処の現状－看護管理者の視点をめぐって－，生命倫理，18 (1)，p 75-82，2008.
8) 坂東委久代，秋山智弥，井沢知子，他：看護師が臨床現場で体験する倫理的問題，京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要，健康科学第 7 巻．p 49-55，2011.
9) 岩本幹子，溝部佳代，高波澄子：大学病院において看護師が体験する倫理的問題，日本看護学教育学会誌，16 (1)，p 1-11，2006.
10) 小川和美，寺岡征太郎，寺坂陽子，他 (2014)：臨床看護師が体験している倫理的問題の頻度とその程度，日本看護倫理学会誌，6 (1)，p 53-60，2014.
11) 岡谷恵子：看護業務上の倫理的問題に対する看護職者の認識，看護，51 (2)，p 26-31，1999.
12) 角智美，森千鶴：臨床看護師の倫理的感受性尺度の開発と信頼性・妥当性の検討，日本看護倫理学会誌，10 (1)，p 36-44，2018.
13) 吉川朱実・角間辰之：看護管理方法論における倫理的感受性に関する研究－臨床看護師の倫理的感受性に影響を及ぼす要因－，生命倫理，23 (1)，p 95-104，2013.

14) 松本晴美，三木佐登子，東村昌代，他：大学病院に勤務する看護師の倫理的問題に関する認識調査，大阪大学看護学雑誌，12（1），p 71-77，2006.
15) 岡谷恵子:看護業務上の倫理的問題に対する看護職者の認識,看護,51(2)，p 26-31，1999.
16) 厚生労働省，平成 29 年（2017）患者調査の概況，2019 年 12 月 15 アクセス，https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html.
17) 厚生労働省「自らが望む人生の最終段階における医療・ケア」，人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン，2018 年 11 月 21 日アクセス，https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/saisyu_iryou/index.html.
18) 日本看護倫理学会「臨床倫理ガイドライン検討委員会」(2015)，身体拘束予防ガイドライン，2020 年 2 月 29 日アクセス，http://jnea.net/pdf/guideline_shintai_2015.pdf.
19) 勝原裕美子：組織で生きる　管理と倫理のはざまで，医学書院，p 69，2016.
20) 前掲載 19)，p 60.
21) 伊藤千晴，早瀬良，栗田愛，他：医療現場における看護倫理研修に関する実態調査：中部地区を対象にした調査より，日本看護倫理学会誌，11（1），p 59-66，2019.

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

有料老人ホームにおける褥瘡管理の実態調査

○山下ひろみ（(株) フラワーサーチ大府)
長谷川奈々子（(株) フラワーサーチ大府)
柿田尚子 （(株) フラワーサーチ大府)
藤井かし子 （名古屋大学大学院医学研究科看護学専攻)
前川厚子 （元名古屋大学大学院医学研究科看護学専攻)

Ⅰ．はじめに

わが国は、超高齢多死社会を背景に高齢者施設での介護需要が急増している。全国の介護付き有料老人ホーム（以下、介護付）と住宅型有料老人ホーム（以下、住宅型）の合計件数は、特別養護老人ホーム（以下、特養）を上回り 8400 件を超えた[1)]。特養では、看護職員不足[2)]にも関わらず、要介護度 4 と 5 の入所者が 69.4%を占めている[3)]。さらに医療依存度の高い高齢者の受け入れも含め、介護付や住宅型の需要は増加の一途と報告されている。

平成 30 年度の介護報酬改定において、褥瘡発生予防管理に対する評価として「褥瘡マネジメント加算」が新設されたが、介護付、住宅型施設は対象になっていない。しかし、加算の有無に関わらず褥瘡管理のエビデンスを把握し、高齢者支援計画に生かすことが必須課題と考えた。そこで、褥瘡ケアに携わる看護職と介護職を対象に褥瘡管理の実態調査を行うこととした。

Ⅱ．研究目的

Ａ県における有料老人ホーム介護付と住宅型における褥瘡管理の実態を明らかにする。

Ⅲ．研究方法

１．研究対象

有料老人ホームは、介護付と住宅型ではケアの提供体制に違いがある。Ａ県がホームページで公刊している介護付 206 施設一覧（2018 年 12 月）と、週刊朝日 MOOK2019 版に掲載されている看取り実績のある住宅型 96 施設を対象とする。回答者は、褥瘡ケアに携わる看護師と介護士の中で本研究の趣旨を理解し同意が得られる職員とする。

２．調査期間

2019 年 8 月 1 日～ 9 月 30 日

３．データの収集方法

該当施設の施設長宛に研究協力依頼書、説明文、アンケート用紙、研究諾否用紙ならびに料金後納返信用封筒を郵送。研究を承諾した施設長あてに褥瘡ケアに携わる看護師、介護士の中で本研究の趣旨を理解し同意が得られた職員に対し、説明文とアンケート用紙の配布を依頼した。本調査は郵送法による無記名自記式質問紙法（計 22 項目）で行った。

４．調査項目

１）施設概要と施設方針（12 項目）

有料老人ホームの分類（介護付、住宅型)、定床数、開設年、職員構成、看護師数、介護士数、褥瘡対策チームの有無、褥瘡委員会の有無、施設内研修の有無、施設での医療的受け入れ内容、平均介護度、褥瘡保有者の割合、褥瘡や排泄リスクアセスメント尺度使用の有無

２）褥瘡管理への取り組み（6 項目）

身体皮膚アセスメント、スキンケア対策、マットレス管理、体位交換個別計画、栄養改善対策の有無、医師に報告・相談する時の基準

３）回答者の背景（3 項目）

職種（看護、介護)、年代、現在の施設での勤務年数

４）スキンケアと褥瘡・創傷管理状況において心がけていること。(自由記載 1 項目)

５．分析方法

データは Excel に入力し、統計ソフト SPSS24 を用い分析した。調査項目の記述統計、単変量解析（有意水準は 5%未満）を行った。

６．倫理的配慮

本研究は愛知県看護協会倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：19－1)。施設および対象者には、研究の目的と方法、研究協力への自由意思の尊重を文書で説明し、協力の是非を問わず不利益がないことを保証した。研究協力を承諾した施設長には、研究対象者に調査協力の強制力が働かないように協力を要請し、研究参加への同意はアンケート用紙の投函をもって得られたものとすること、アンケートは無記名で個人が特定できないため、返送後の撤回は不可能になることを明記した。

返送されたアンケート用紙と分析データは研究者間のみで閲覧し、鍵付き保管庫で管理した。データと報告書類はパスワード付き USB 媒体に保存しプライバシー保護に努めた。

Ⅳ．結果

研究協力依頼書は 302 施設に送付した。回答は、介護付施設が 206 件中 46 件（回答率 22.3%、有効回答率 100%)、住宅型施設が 96 件中 25 件（回答率 26%、有効回答率 100%）であった。

回答者は看護職が 52.2%、介護職が 47.8%であった。平均介護度は介護付が 2.7±0.5 で、住宅型が 3.3±0.7 であった。褥瘡保有率は介護付が 1.2%、住宅型が 1.4%であった。

施設職員の資格保有者では、在宅褥瘡管理者が介護付で 1.4%、皮膚・排泄ケア認定看護師が介護付、住宅型ともにゼロであった。(表 1)

医療的処置が必要な高齢者の受け入れ状況として、要褥瘡処置者の受け入れ可能は介護付が 84.7%、住宅型が 92.0%であった。しかし、褥瘡対策チームが有るのは介護付で 10.9%、褥瘡施設内研修有りが介護付 28.2%、住宅型 20.0%であった。褥瘡・排泄リスクアセスメントツールを何も使用していなかったのは介護付で 65.2%、住宅型では 52.0%であった。身体アセスメントを「実施している」「リスクのある入所者に実施している」のは介護付で 50.8%、住宅型で 32.0%であっ

た。(表 1，2)褥瘡管理への取り組みにおいては、皮膚ケアを「常に行う」「ときどき行う」と回答した介護付は 89.1%、住宅型が 100%であった。マットレス選択においては介護付が 95.6%、住宅型が 96.0%で、栄養改善対策では介護付が 91.3%、住宅型が 80.0%という実施状況であった。

また、体位変換の個別計画作成については介護付が 93.5%、住宅型で 76.0%であり、有意差がみとめられた（p<.001)。(図 1)自由記載項目カテゴリにおいて「褥瘡対策で心掛けていること」では『スキンケアと清潔保持』、『皮膚の観察と褥瘡の早期発見』の順であった。(表 3)

Ⅴ.考察

介護・医療依存度の高い入所者は、介護付では施設内の介護・看護職員により、住宅型では地域の訪問介護・看護を利用しながら生活を維持・継続されている。医療的ケアは介護付、住宅型ともに医療機関との連携体制から経管栄養が最も多く、次いで酸素療法、褥瘡処置の順になっている[4)]。公益社団法人全国有料老人ホーム協会によれば、要介護度 4 と 5 の入所者が介護付、住宅型双方で 3 割近いと報告されており、臥床生活を余儀なくされる入所者は褥瘡を有する可能性が高いと考えられる[4)]。

褥瘡処置は実際に介護付、住宅型で行われているにも関わらず、ケアの実態は不透明であった。本研究では、褥瘡有病率が介護付で 1.2%、住宅型で 1.4%であった。残念ながら回収率は 23.5%であったために一般化は困難であるが、先行研究とほぼ同率であることが分かった。褥瘡有病率においては一般病院では 1.99%、特養で 0.89%、訪問看護ステーションでは 2.61%[5)] と報告されているが、介護付、住宅型での有病率が確認できた。

公益社団法人全国有料老人ホーム協会の調査から、褥瘡処置を施行する看護体制において、看護職員が常駐している割合は介護付で 95.7%、住宅型は 59.3%であるが 35.1%が外部の訪問看護サービス事業所と連携していると報告されている。本調査においても、介護付、住宅型ともに褥瘡処置を必要とする入所者を 8～9 割受け入れていることや、スキンケアと清潔保持、皮膚の観察と褥瘡の早期発見に心掛けていると回答があったことから、看護職員が介護職員と協働し褥瘡予防とケア処置を行うことが推察された。

次に、本調査の褥瘡対策で心掛けていることの内容において、スタッフ、多職種連携のカテゴリで回答数が 9.0%であったことから、介護付、住宅型に限らず看護職員のかかえる褥瘡ケアにおいて、介護職員との連携による褥瘡管理が浸透していない現状が考えられた。一般病床、療養型病床、介護保険施設の看護職員に対する褥瘡ケアに取り組む際の困難感の実態調査では、褥瘡ケアの知識・技術不足、相談窓口の不足、モチベーションの低さなどの内容が挙げられている[6)]。

褥瘡予防・管理ガイドライン第 4 版（一般社団法人　日本褥瘡学会）によると、長期ケア施設では褥瘡の治癒促進において、多職種で構成する褥瘡対策チームの設置が推奨されている。特養の全国調査では褥瘡有病率が 3.0%、褥瘡対策チームのある施設が 51.0%と報告されており[7)]、本調査では褥瘡保有率、褥瘡対策チームともに特養より低率であったものの、超高齢多死社会の現状を鑑み、看取りまでを支援する有料老人ホームにおいても褥瘡対策チームの設置指針の必要性が示唆された。職員教育の普及においては、介護付、住宅型ともに施設内研修や身体アセスメントが行われ、褥瘡管理における取り組みも実施していることが明らかになった。

地域包括ケアにおける褥瘡・創傷ケアを実践していくためには、褥瘡・創傷マネジャーが施設のトレンドを把握し、組織として対応していくシステムが必要になると考えられる。本調査では、介護付、住宅型ともに皮膚・排泄ケア認定看護師や在宅褥瘡認定師などのマネジャーの存在はなく、介護付のみにわずかに在宅褥瘡管理者が存在していたことから、各施設にリーダー的存在を配置し、褥瘡対策チームを設置し褥瘡管理を行っていくことが必要であると考えられた。

リスクアセスメントについては、担当者が個々に行っていてもブレーデンスケールやOHスケールなどの標準化されたツールを用いていないため、正しい褥瘡ケア方法に結び付かないことが考えられた。例えばリスクアセスメントに基づきエアマットレスが使用開始となった場合、エアマットレスの管理以外の褥瘡処置は行わないなど[8]、科学的根拠に基づく褥瘡ケアが実践されていないことが指摘されている。先行研究では褥瘡委員が主体となって病棟看護師と共に定期的な褥瘡回診を行い適切なケアがなされているかを検討し、褥瘡の予防・改善につながったとの報告もある[9]。褥瘡・創傷による不幸な転帰をなくすためには施設や職種の枠を超えた関係職全体（看護師、介護士、ケアマネジャー）が情報共有化し、標準的な尺度を用いた経時的評価を行い、ケアの力量形成が求められる。

Ⅵ. 結論

A県内有料老人ホームでは、褥瘡有病率が介護付で1.2%、住宅型で1.4%であった。人生の終焉に関わることが多い施設の現況を踏まえると看護師、介護士等の全職員が全身管理の知識や観察力向上と褥瘡ケア実践、地域連携力の強化が必須であると考えられる。

謝辞

本研究にご協力くださいましたA県の介護付、住宅型の施設長及び看護、介護職員の皆様に心より感謝申し上げます。本研究は、愛知県看護協会看護研究助成金を受けて実施しました。ありがとうございました。

付記：本成果は第22回日本褥瘡学会で発表したものを加筆・修正したものである。

文献

1) 厚生労働省（2013）：平成25年度老人保健健康増進等事業「有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅に関する実態調査研究」2020年3月10日閲覧
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujyouhou-12600000-Seisakutoukatukan/0000038009-1.pdf
2) 厚生労働省（2017）：平成29年介護サービス施設・事業所調査の概要　2020年3月10日閲覧
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service17/dl/kekka-gaiyou_04.pdf
3) 厚生労働省（2017）：介護保険施設の状況　2020年3月10日閲覧
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/nw/kaigo/service/7/index.html
4) 公益社団法人全国有料老人ホーム協会：平成25年度有料老人ホーム・サービス付き高齢者向

け住宅に関する実態調査研究事業報告書　2020 年 3 月 10 日閲覧
https://www.yurokyo.or.jp/kakodata/investigate/pdf/report_h25_01_02.pdf
5) 一般社団法人　日本褥瘡学会：第 3 回（平成 24 年度）日本褥瘡学会実態調査委員会報告 1, 日本褥瘡学会誌, 17(1), 58-68, 2015.
6) 田辺生子, 佐野幸子, 西片一臣, 他：看護師が褥瘡ケアに取り組む現状における困難, 新潟青陵学会誌, 3（2）, 17-23, 2011.
7) 三谷佳子, 永野みどり, 緒方泰子, 他：介護老人福祉施設における褥瘡対策に関する職員教育の実態とその関連要因, 厚生の指標, 62（5）, 20-26, 2015.
8) 田中マキ子, 森山美知子, 岩本晋：褥瘡教育の普及に伴う課題, 日本褥瘡学会誌, 2（1）, 17-22, 2000.
9) 井内 基子, 上ノ山 幾久子, 北川 明美, 他：褥瘡チームの活動は褥瘡をどこまで予防できるか, 逓信医学, 57（4）, 257-262, 2005.

表1　個人特性、施設概要及び褥瘡管理状況　　n=71

	介護付 n=46		住宅型 n=25	
個人特性				
職種				
看護職	24	52.2 %	13	52.0 %
介護職	22	47.8 %	11	44.0 %
その他	0	0.0 %	1	4.0 %
職員の現施設での勤続年数				
平均値±標準偏差	7.07±4.56		5.99±4.89	
欠損値	0.0		1.0	
施設概要				
定床数				
49床未満	20	28.2 %	16	64.0 %
50-99床未満	22	47.8 %	9	36.0 %
100床以上	4	5.6 %	0	0.0 %
平均介護度	2.69±0.54		3.34±0.70	
褥瘡保有率		1.2 %		1.4 %
資格保有職員				
皮膚・排泄ケア認定看護師	0	0.0 %	0	0.0 %
在宅褥瘡管理者	1	2.2 %	0	0.0 %
褥瘡管理状況				
褥瘡対策チーム				
あり	5	10.9 %	0	0.0 %
なし	40	87.0 %	25	100.0 %
無回答	1	2.1 %	0	0.0 %
施設内研修実施				
あり	13	28.2 %	5	20.0 %
なし	28	60.8 %	20	80.0 %
わからない	4	8.0 %	0	0.0 %
無回答	1	2.0 %	0	0.0 %
施設内研修実施回数				
平均値±標準偏差	2.00±1.95		1.25±0.50	
褥瘡・排泄アセスメントツール（複数回答）				
ブレーデンスケール	9	19.6 %	5	20.0 %
DESIGN-R	7	15.2 %	6	24.0 %
何も使用していない	30	65.2 %	13	52.0 %
身体アセスメント		%		%
全員に実施	18	39.1 %	12	48.0 %
リスクのある入所者に実施	18	39.1 %	10	40.0 %
実施していない	10	21.7 %	3	12.0 %

表2　医療的処置必要者の受け入れ実績有の施設数

処置項目	介護付き（n＝46）	住宅型（n＝25）
在宅酸素	42	21
人工呼吸	1	6
24h吸引	8	10
気管カニ	5	8
IVH/CV	24	13
インスリン	42	14
経管栄養	43	18
ストーマ	41	19
褥瘡創傷	39	23
透析	26	10
浣腸摘便	35	19
がん緩和	22	12
難病緩和	4	8
感染症	16	10
看取り	41	21
処置得点*平均	8.5(SD 2.1)	8.5(SD 4.1)

*処置得点は医療処置15項目を足した数とする

表3　褥瘡対策で心掛けていること(複数回答)

順位	カテゴリ	コード数	%
1	スキンケアと清潔保持	41	26.5
2	皮膚の観察、早期発見	33	21.3
3	体位変換、除圧と体圧分散	32	20.6
4	栄養と食事の管理	22	14.2
5	スタッフ、多職種の連携	14	9.0
6	入浴による血流改善と観察	13	8.4
計		155	100.0

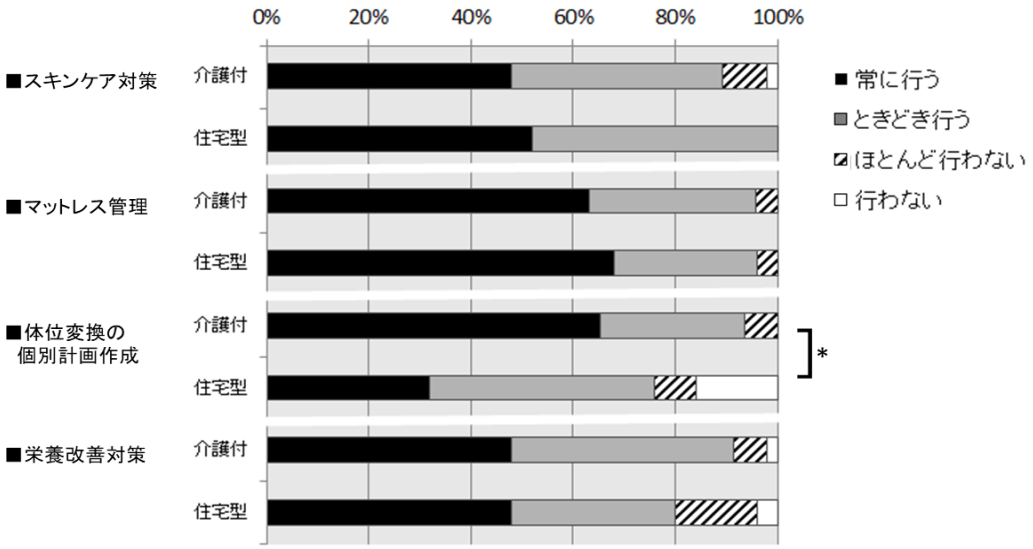

図1　介護付と住宅型の褥瘡ケア実施状況の比較（介護付 n=46，住宅型 n=25）

＊ p＜.001

Ⅱ．平成３０年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者

報 告 論 文

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

ICU 看護師の痛みに対する鎮痛剤使用の判断基準

○加藤直輝（愛知医科大学大学院）

Ⅰ.はじめに

痛みとは誰もが体験するものであり，日々の生活の質を低下させる要因の一つである。痛みによって引き起こされるストレス反応は，ICU 患者に対して一般に有害な結果をもたらす[1)]と言われている。このことから，集中治療領域における痛みに対するケアはとりわけ重要である。

一般的に入院患者の多くは痛みを伴っていることが多く，痛みの質や強さも多様である。中でも ICU 入室患者の多くは，手術による術後疼痛や外傷の痛み以外にも侵襲的な検査・処置により頻回に強い痛みにさらされている。このような患者のそばに寄り添う看護師は，患者の訴える様々な痛みに対してタッチングや安楽な姿勢の保持，病状の経過や状況の説明などの非薬理学的介入を用いて疼痛緩和を行い，安楽を保てるよう配慮しているが，非薬理学的介入のみでは緩和できる痛みに限界があるため，薬理学的介入による疼痛緩和は必須である。よって，看護師は，患者の痛みに対して適切な疼痛評価を行い，統一した介入を行うことが求められている。しかし，痛みは患者の主観的な体験であるため，看護師が患者の痛みを客観的に評価するためには，適切な評価ツールを用いて患者の痛みを評価することが必要である。

患者の痛みに対する先行研究の多くは，看護師の鎮痛剤投与に関する認識調査[2)]や，疼痛評価スケールの認知度と活用度に関する調査[3)]，疼痛評価スケールの活用前後での意識変化[4)]といった，看護師の患者に対する痛みスケールの使用状況や痛み評価スケールを用いることによる効果を調査している研究がほとんどである。このため、疼痛評価スケールを用いる際の看護師間や看護師個々の痛みに対する捉え方や判断のばらつき，痛みに対する介入判断の実情について検証した研究は行われていない。

以上のことから本研究は，ICU 看護師が患者の訴える痛みに対して疼痛評価スケールを用いて痛みを評価したときに，鎮痛剤の使用が必要だと考える判断基準を明らかにしたいと考えた。

Ⅱ.研究目的

ICU 看護師が患者の訴える痛みに対して疼痛評価スケールを用いて痛みを評価したときに，鎮痛剤の使用が必要だと考える判断基準を明らかにする。

Ⅲ.研究方法

1.研 究 期 間：平成 30 年 5 月 28 日～平成 30 年 10 月 31 日
2.方　　法：自記式質問紙を用いた量的記述的研究とした。
3.対　　象：ICU に勤務する看護師とし，除外基準はなしとした。

4. 倫理的配慮：本研究への協力は，対象者の自由意思によるものであり，研究協力を辞退することによる損害や損失はないこと，対象者には質問紙の回答による不利益を被ることがないことを説明し，本研究の目的，意義，倫理的配慮，予測される不利益と安全性の確保について文書にて説明を行った。本研究の実施にあたり，愛知医科大学看護学部倫理委員会の承認を得た。（承認番号：156）

Ⅳ. 結果

対象施設へ送付した質問紙総数は 1170 部であり，そのうち返送のあった 187 部（回収率 16%）から質問紙の中で重要項目の記載の不備がみられた 2 部を除外し 185 部（有効回答率 99%）の質問紙を分析対象とした。

1. 対象者の基本属性

対象者の基本属性の結果を**表 1** に示す。平均年齢は 31.8±6.8 歳であり年齢幅は 20 歳から 52 歳であった。性別は男性看護師 42 名（22.7%），女性看護師が 143 名（77.3%）であった。看護師経験年数は平均 9.2±6.3 年であり，ICU 経験年数は平均 5.4±4.3 年であった。最終学歴は「専門学校」が最も多く 54%であり，次いで「大学」が 34%，その次に「高校 5 年課程」，「短大」，「大学院」と続いた。普段から何かしらの痛み評価ツールを使用していると答えた看護師は 94%であった。

表 1　対象者の基本属性

(n=185)

年齢	平均±標準偏差	31.77±6.828
	範囲	20～52
	無回答	3名
性別	男性	42名（22.7%）
	女性	143名（77.3%）
最終学歴	大学	62名（33.5%）
	短大	6名　（3.2%）
	専門学校	100名（54.1%）
	高等学校看護専攻科	12名　（6.5%）
	大学院	3名　（1.6%）
	無回答	2名　（1.1%）
看護師経験年数	平均±標準偏差	9.22年±6.33
	範囲	1～30
ICU経験年数	平均±標準偏差	5.36年±4.34年
	範囲	1～20
	無回答	2名
資格の有無(複数回答)	専門看護師	2名　（1.1%）
	認定看護師	11名　（5.9%）
	診療看護師	0名
	特定行為研修終了看護師	1名　（1.1%）
	その他	9名　（4.9%）
	なし(無回答含む)	164名（88.6%）
痛み評価ツールの使用	使用している	94%
	使用していない	6%

2. 鎮痛剤使用の判断 NRS 値（疼痛基準値）

今回の調査では，様々な疼痛評価スケールの中で，NRS を用いた際の看護師が鎮痛剤を使用すると判断した値を患者の痛みに対処する看護師の疼痛基準値とした。疼痛基準値は，質問紙回答の注意点として臨床的な状況判断を含めず，看護師の持つ鎮痛剤使用の直感的な判断基準として調査した。疼痛基準値の結果を**図 1** に示す。正規性の検定ではシャピロウィルク検定で正規性なし（$p<0.001$）と判断された。疼痛基準値の平均 NRS 値±標準偏差は 5.1±1.3 であり，最頻値は NRS:5 であった。NRS:2 以下では，看護師は鎮痛剤の使用が必要と判断しなかった。このことから，看護師の疼痛基準値は NRS:3～NRS:8 の間でばらついており，NRS:5 を最頻値としているが正規分布には従わないことが明らかとなった。

次に，対象者個々に NRS 指標の 0～10 の数値を 5 段階の「痛くない」,「ちょっと痛い」,「そこそこ痛い」,「かなり痛い」,「死ぬほど痛い」という感覚表現に置き換えてもらい，対象者の疼痛基準値がどの感覚に属しているかを調査した。その結果を**図 2** に示す。NRS:3～NRS:8 でばらついた疼痛基準値を感覚表現に置き換えると,「ちょっと痛い」が 7%,「そこそこ痛い」が 68%,「かなり痛い」が 21%であり，痛みを感覚的に捉えてもばらついていた。

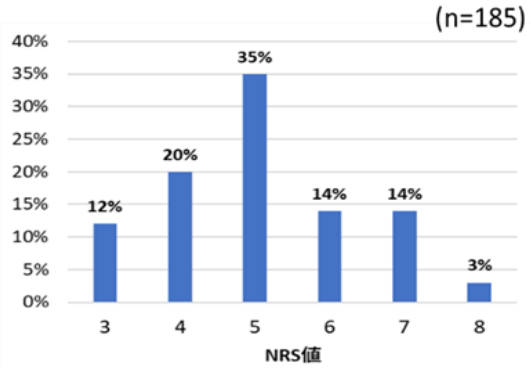

図 1 鎮痛剤を使用する判断 NRS 値(疼痛基準値)のばらつき

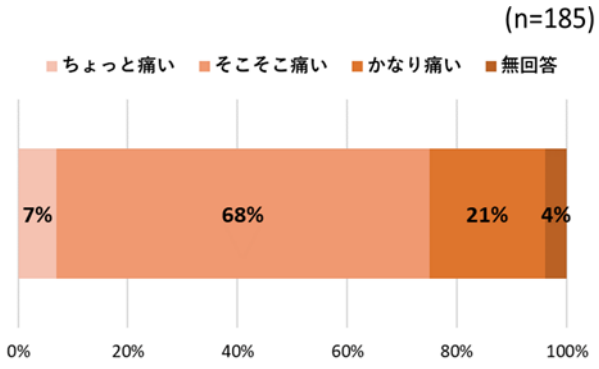

図 2 疼痛基準値 NRS:3～NRS:8 を感覚表現に置き換えた結果

3. 痛みの種類による鎮痛剤使用の判断 NRS 値の変化

腎機能，肝機能に異常がないとしたうえで「術後の創部痛を訴える患者」「長期臥床による腰背部痛を訴える患者」「術前から原因不明の痛みを訴える患者」という ICU 領域において多く見られる場面を設定し，それぞれの痛みに対する鎮痛剤使用の判断 NRS 値について質問紙調査を行った。

その結果を**図 3** に示す。**図 3** より，創部痛を訴える患者に対して鎮痛剤を使用すると判断した平均 NRS 値±標準偏差は 4.8±1.4 であった。長期臥床による腰背部痛は 5.9±1.7 であり，術前からの原因不明の痛みは 6.0±1.9 であった。

これら痛みの種類による判断 NRS 値の違いを見るために，独立多群全 2 群間比較を行った結果を**表 2** に示す。**表 2** より，創部痛と腰背部痛，創部痛と原因不明の痛みで有意差（それぞれ $p<0.001$）を認めた。

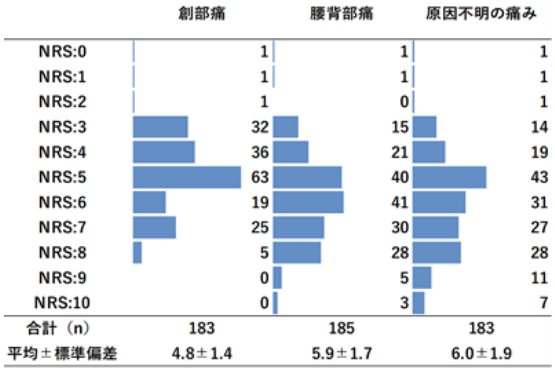

図 3　痛みの種類による鎮痛剤使用の判断 NRS 値

表 2　痛みの種類による比較

	創部痛	腰背部痛	原因不明の痛み
創部痛	—	＊＊＊	＊＊＊
腰背部痛	—	—	NS
原因不明の痛み	—	—	—

NS*>0.05　＊<0.05　＊＊<0.01　＊＊＊<0.001　　*not significant

4. 看護師の熟練度による比較

看護師の熟練度によって 1 年目を新人，2〜3 年目を若手，4〜10 年目を中堅，11 年目以上をベテランとして 4 群にわけた際の基本統計結果を**図 4** に示す。ICU 経験年数で 4 群に分けた場合，新人は 38 名（20.5%），若手は 49 名（26.5%），中堅は 72 名（38.9%），ベテランは 26 名（14.1%）であった。

次に，ICU 経験年数で分けた各群の疼痛基準値の平均 NRS 値を**図 5** に示す。その結果，疼痛基準値の平均NRS値±標準偏差は，新人が5.2±1.1，若手は5.6±1.3，中堅は4.8±1.3，ベテランは 4.5±1.2 であった。各群の疼痛基準値を独立多群全 2 群間比較で検定を行った結果を**表 3** に示す。その結果，若手と中堅，若手とベテランの間で有意差（それぞれ $p<0.05$）を認めた。新人は各群の間で有意差を認めなかった。このことから，ICU 経験 2〜3 年目の若手がもつ疼痛基準値は，ICU 経験 4 年目以上の中堅，ベテランと比較して有意に高いことが明らかとなった。

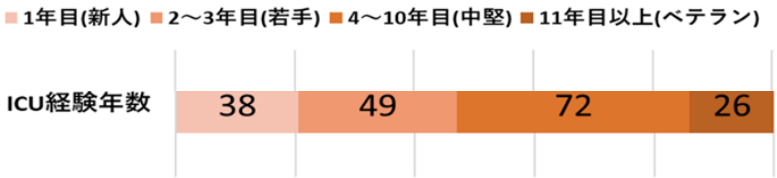

図 4　ICU 経験年数における 4 群間の結果

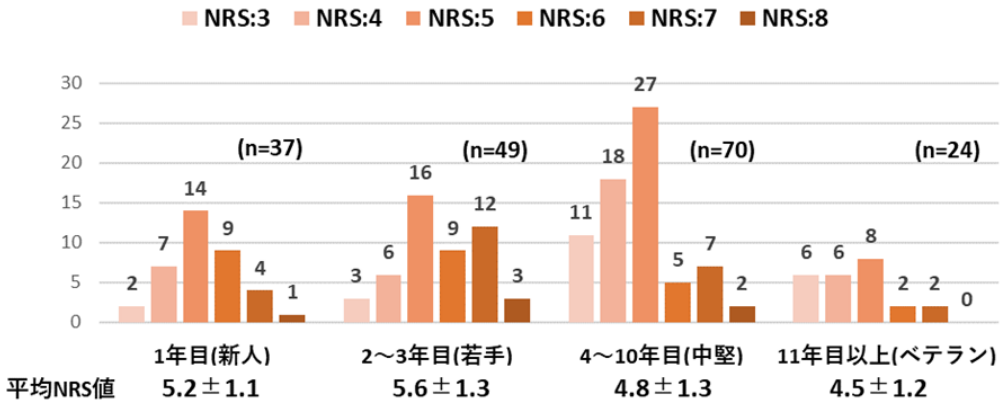

図 5　ICU 経験年数で分けた各群の疼痛基準値のばらつきと平均 NRS 値

表 3　4 群間における疼痛基準値の比較

	1年目 (新人)	2～3年目 (若手)	4～10年目 (中堅)	11年目以上 (ベテラン)
1年目 (新人)	—	NS	NS	NS
2～3年目 (若手)	—	—	*	*
4～10年目 (中堅)	—	—	—	NS
11年目以上 (ベテラン)	—	—	—	—

NS*>0.05　＊<0.05　＊＊<0.01　＊＊＊<0.001　　*not significant

Ⅴ. 考察

1. 母集団サンプルの特徴と看護師の対応

本研究の調査対象者となった人数は 185 名であり，全国規模の ICU 看護師を対象とした先行研究[5)6)7)8)]の多くが，200～500 名を対象としていることから，先行研究とほぼ同じ程度の対象者を集めることが出来たと考える。また，対象年齢，ICU 経験年数ともに先行研究[5)6)7)8)]の 31.8±6.6 歳，4.9±3.9 年とほぼ変わらない数値であり，先行研究と同様に全国の ICU 看護師の実情を捉えたサンプルであったと考える。

痛み評価スケールの使用について,痛み評価スケールを使用していない看護師は 2～3 割ほどいたことが報告されている[3)9)]が，今回の調査では，9 割以上の看護師が何かしらの痛み評価スケールを使用していた。このことから，先行研究と比較して痛みという多次元的かつ主観的なものを看護師が客観的にアセスメントするためには，痛み評価スケールを活用することが必要という意識が看護師の中に浸透していることが考えられる。

2. 鎮痛剤使用の判断 NRS 値のばらつきと NRS 指標の解釈

ICU 看護師の痛みに対する鎮痛剤使用の直感的な判断基準を明らかにすることを目的として，NRS 指標を用いた鎮痛剤使用の判断 NRS 値（疼痛基準値）を調査した結果，ICU 看護師の疼痛基準値は平均 5.1±1.3 であり，最頻値は NRS:5 であった。このことから多くの看護師は NRS:5 を基準として鎮痛剤の使用を判断すること，また，看護師間で鎮痛剤を使用する疼痛基準値には幅があり，その幅は最大で NRS:3～NRS:8 であることが明らかとなった。このことから，一般的に基準化された疼痛評価スケールを用いていても，看護師間において判断基準にズレがあり，客観的評価である数値に使用者である看護師の主観的な判断が介在していることが示された。このことから，実際の臨床現場においては統一基準である NRS を用いていても，一人の患者に対して異なる鎮痛剤の使用判断が起こる可能性が高いことが明らかとなった。特に，最大で NRS:3～NRS:8 と 6 段階のズレが生じることは，これら疼痛評価スケールを用いた客観的評価が，極めて主観的な評価となっているということを認識する必要があると考える。疼痛基準値のばらつきに影響を与えた要因として，村瀬ら[10)]は，痛みの認識には文化や教育といった社会環境の影響，それに加えて個人が過去に体験した出来事に基づく記憶の影響がみられることを報告している。このことから，看護師個々の痛みに対する鎮痛剤使用の判断は，痛み経験や価値観によって培われた痛みの認識に大きく影響を受けており，その結果，疼痛基準値にばらつきが生じたと考える。

次に，疼痛基準値にばらつきが認められた NRS:3～NRS:8 を 5 段階の感覚表現に置き換えた結果,「ちょっと痛い」「そこそこ痛い」「かなり痛い」という痛みの感覚に分類された。

このことから，看護師の鎮痛剤使用の判断は，客観的なNRS指標を用いた数値のズレだけでなく，鎮痛剤を使用すると判断する主観的な痛みの感覚にもズレが生じていることが明らかとなった。このことから，患者の痛みを数値化して客観的評価を用いて看護師間で共有したとしても，数値の解釈において主観的な痛みの感覚にズレがあることから，同じ痛み数値であったとしても，患者への介入に違いが生じる可能性が高いことがあきらかとなった。患者への適切な疼痛管理を実践するためには，看護師間で痛みの捉え方や，鎮痛剤使用の判断が異なることを認識し，疼痛評価スケール使用への理解と，鎮痛剤を使用する判断の統一を行う必要があると考える。

3.痛みの種類による鎮痛剤使用の判断の比較

痛みの種類について鎮痛剤使用の平均NRS値を比較した結果，創部痛は，長期臥床による腰背部痛や原因不明の痛みと比較して平均NRS値が低いことから，早期に鎮痛剤使用の判断を行っていることが明らかとなった。この理由として，創部痛は痛みの原因が明瞭であり，その対処方法や鎮痛剤を使用した場合にどのような結果を得られれば良いのかが理解できることが，腰背部痛や原因不明の痛みと比較して低い判断NRS値につながったと考えられる。一方，腰背部痛や原因不明の痛みでは，原因が曖昧なことや痛みの局在が不明瞭であるため，鎮痛剤で緩和できる痛みなのか，それ以外の方法で対処する必要があるかなどをアセスメントする必要があり，その結果，安易に鎮痛剤を投与することへの不安から，鎮痛剤を使用する判断NRS値が上昇したと考えられる。

以上のことから、看護師が痛みを判断する際に痛みの原因が不明瞭であるとき，鎮痛剤使用の判断には、看護師のアセスメント能力が大きく影響しており、投与する鎮痛剤の薬理作用や起こりうる副作用が患者に与える影響を十分にアセスメントできる能力の有無が痛みの種類による判断NRS値に関与していると考える。したがって，患者の訴える痛みを的確にアセスメントすることが看護師には求められており，患者の痛みを原因から理解することが必要である。疼痛管理において，どのような鎮痛剤の使用が可能かを管理するのではなく,どのような鎮痛をすることが必要かを管理することが看護師の役割だと考える。そのためには，AACNで提言されているように，患者の痛いという訴えをゴールドスタンダードとして受け止める[11]意識が大切だと考える。

4.看護師の熟練度による判断の比較

日本集中治療医学会が提示する，集中治療に携わる看護師のクリニカル・ラダー[12]を参考に，経験1年目は，担当患者に対する報告・連絡・相談ができるレベルⅠの新人とし，経験 2～3 年目は，看護チームの一員としてメンバーシップを発揮できると考えレベルⅡの若手とした。経験4～10年目は，看護チーム内でリーダーとして役割が発揮できると考えレベルⅢの中堅とし，経験11年目以上をレベルⅣのベテランとして4群にわけた。

ICU 経験年数による各群の疼痛基準値を比較した結果，新人は各群に有意差を認めず，若手と中堅，若手とベテランの間で有意差を認めた。疼痛基準値がNRS:3～NRS:8の間で同じようにばらついていても,若手は鎮痛剤の使用判断が中堅やベテランと異なることから，若手独自の判断基準を有している可能性があり，一方で新人は，若手や中堅，ベテランと有意差がないことから，新人に特有な鎮痛剤の使用判断はないことが考えられた。遠藤ら[13]は，GreippやSullivianの研究結果から，看護師の年齢，経験年数，信念，教育，人間性，専門的経験，人間的痛み経験などが疼痛管理決定に影響を及ぼすことを報告してい

る。このことから，新人は数年の病棟経験を経ていても ICU 経験が短くこれまでの病棟患者のような安定している患者に対する鎮痛剤の使用と ICU 患者に対する鎮痛剤の使用が異なることから，鎮痛剤使用の判断においてその場の指導者の判断を参考としている可能性があり，このことが若手や中堅，ベテランと鎮痛剤使用の判断基準に差がない要因と考える。一方で，2〜3 年目の若手は，ICU で患者管理の経験を積み，疾患の病態や鎮痛剤の使用に関する知識が新人と比較して増加したことから，ICU 看護師として自立した活動が求められており，独立して患者の痛みに対する対応を行っている。このため，若手においては独立した判断基準が現れたと考える。今回の調査では，若手は中堅，ベテランよりも有意に平均 NRS 値が高かったことから，鎮痛剤使用の判断を自立して行っている一方で，患者の病態や鎮痛剤に対する知識が未熟であるため，鎮痛剤が使用可能か十分に根拠を持った判断ができておらず，中堅やベテランの判断した低い NRS 値ではまだ鎮痛剤が不要と考えるために，意図的に介入を遅らせている看護師が多いことが考えられる。中堅とベテランは，患者の病態や鎮痛剤に対する知識が豊富であり，経験と合わせて患者の痛みを適切にアセスメントできている結果，患者の訴える NRS 値が低くても鎮痛剤が必要と判断している可能性が考えられる。

以上のことから，ICU 経験年数 2〜3 年目の看護師は，鎮痛剤使用の判断 NRS 値が他の年数の看護師と比べて高いことを認識し，看護師間で判断の統一を行うことが患者の疼痛管理において重要であり，痛みの判断に対する教育・指導を進めていくことが必要であると考える。

5.研究の限界と今後の課題

第一に，本調査は全国の ICU 看護師からサンプリングを得られた全国調査であるが，質問紙の回収率が 16%でありサンプル数としては少なく，大学病院や救急救命に専門特化した病院などの ICU 看護師が反映できていない可能性があり，結果の一般化には限界がある。

第二に，今回の調査では，質問項目の事例で細かな状況設定や患者設定を行っておらず，回答した看護師の主観的解釈が行われていた可能性が高い。そのため，細かな状況設定をしていた場合は判断が異なる可能性が考えられる。また，鎮痛剤使用の判断に影響を与える要因までは十分に検討できていない。

第三に，痛みの客観的評価として今回は NRS を使用したが，疼痛評価スケールは他にも様々あるため，普段から NRS を使用していない看護師は今回の調査で十分な理解を得られなかった可能性もある。

最後に，今回の調査より看護師の鎮痛剤使用の判断基準を明らかにしたことで，看護師間の疼痛介入における判断を統一させることが可能と考えるが，患者によっては，同じような痛みの同じ NRS 値でも我慢強さや鎮痛剤の希望の違いで，対応の異なる状況が起こりうる。したがって，患者の鎮痛剤希望の基準を明らかにしていくことも課題と考える。

Ⅵ.結論

本調査における ICU 看護師のサンプルは，全国規模の調査と比較しても ICU 看護師の特徴を捉えていたと考える。

ICU 看護師が疼痛評価スケール NRS を用いて患者の痛みを評価したとき，鎮痛剤使用の

判断 NRS 値（疼痛基準値）は，NRS:3～NRS:8 の間でばらつきを認めた。加えて，疼痛基準値を痛みの感覚に置き換えた場合，「ちょっと痛い」，「そこそこ痛い」，「かなり痛い」に分けられた。このことから，看護師が患者の痛みを客観的に数値で評価しても，感覚的な言葉で捉えたとしても，鎮痛剤使用の判断基準は統一されていないことが明らかとなった。

また，ICU 看護師は痛みの種類によって，鎮痛剤使用の判断が変化しており，創部痛では腰背部痛や原因不明の痛みと比較して低い NRS 値で鎮痛剤使用の判断を行っていた。

ICU 経験年数で新人，若手，中堅，ベテランの 4 群に分けたとき，若手は中堅，ベテランと比較して鎮痛剤使用の判断が異なっていた。

謝辞

本研究に協力下さいました看護師の皆様，また，研究内容にご理解とご承諾下さいました病院関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

論文執筆にあたり，ご指導を頂きました愛知医科大学看護学部の松月みどり教授，阿部恵子教授，山中真准教授，黒澤昌洋講師，プレテストに協力下さいました愛知医科大学病院 GICU に勤務する看護師の皆様に深く感謝申し上げます。

なお，本研究は平成 30 年度愛知県看護協会看護研究助成金を受けて実施した。

引用・参考文献

1）日本集中治療医学会 J-PAD ガイドライン検討委員会（2014）：日本版・集中治療における痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン．日本集中治療医学会雑誌．第 21 巻．539-579.

2）行岡秀和，栗田聡，吉田玄，他（2003）：ICU 看護師の鎮痛・鎮静についての認識と評価．日本集中治療医学会雑誌．第 10 巻．131-134.

3）日本集中治療医学会規格・安全対策委員会（2012）：ICU における鎮痛・鎮静に関するアンケート調査．日本集中治療医学会雑誌．Vol.19．99-106.

4）小池智美，木戸ルミ子，田中由利，他（2016）：スケール導入による鎮痛・鎮静の評価に対する意識の変化－ICU 看護の質の向上を目指して－．日本看護学会論文集 急性期看護．247-250.

5）加藤かおり，谷岡哲也，安原由子，他（2017）：看護におけるケアリングとしての記述力の認識尺度の開発．四国医学雑誌．73 巻．3-4 号．151-160.

6）土屋裕美，明石恵子（2016）：集中治療部門に勤務する看護師のターミナルケア態度の実態とその関連要因．日本クリティカルケア看護学会誌．Vol.12．No.3．39-48.

7）山本伊都子（2017）：ICU 看護師が抱く看護実践に対する困難さと職務継続意思との関係．日本クリティカルケア看護学会誌．Vol.13．No.3．71-82.

8）山本義昭，百田武司（2017）：急性期病院に勤務する看護師の脳卒中急性期リハビリテーション看護の実践度と，看護実践能力，および意識との関連．日本ニューロサイエンス看護学会誌．4 巻．1 号．11-18.

9）日本集中治療医学会 J-PAD ガイドライン検討委員会（2017）：集中治療における痛み・不穏・せん妄管理の現状調査．日本集中治療医学会雑誌．第 24 巻．199-207.

10）村瀬雅俊，村瀬智子（2013）：構成的認識論--自己・非自己循環理論の展開．国際教育

学会. Vol.5. 29-51.
11) American Association of Critical-Care Nurses (AACN). (平成 30 年 11 月 16 日閲覧): “Assessing pain in the critically ill adult (with AACN Levels of Evidence and complete referencelist)”.
<https://www.aacn.org/clinical-resources/practice-alerts/assessing-pain-in-the-critically-ill-adult>
12) 日本集中治療医学会ホームページ (平成 30 年 11 月 29 日閲覧): 集中治療に携わる看護師のクリニカル・ラダー < https://www.jsicm.org/publication/guideline.html >
13) 遠藤みどり, 松下由美子, 今井沙恵美他 (2004): 臨床看護師の術後疼痛管理に対する主観的評価. 山梨県立看護大学紀要. Vol.6. 13-24.

Ⅲ．規　　程

＊様式等、必要書類は愛知県看護協会ホームページから、ダウンロードしてご応募ください。

ホームページアドレス

https://www.aichi-kangokyokai.or.jp/

公益社団法人　愛知県看護協会看護研究助成規程

（目　　的）

第１条　この規程は、看護の質の向上と臨床における質の高い看護職を育成するために、研究活動に対し奨励助成することを目的とする。

（交付の対象）

第２条　助成金は、看護教育、臨床看護、地域看護等、看護に関する領域の研究に交付する。

（応募資格）

第３条　助成金の応募資格は、愛知県内に在住または勤務している看護職の個人、あるいは前者を共同研究の代表とする研究チームとする。

（助　成　額）

第４条　助成額は次の通りとする。

研究内容、時期、他からの助成の有無を考慮し、１件ごとに定めた額とする。

（申　　請）

第５条　助成金を申請しようとする者は、募集期間内に所定の申請書を公益社団法人愛知県看護協会会長（以下、「会長」という。）に提出する。

（助成の審査・決定）

第６条　助成金の交付は、提出された申請書について、看護研究助成委員会による審査を経て理事会で決定する。

（研究の変更・中止）

第７条　助成金の交付決定を受けたものが変更中止をするときは、速やかに会長にその旨の届出書を提出する。会長が必要と認めたときは、助成金の一部または全額を返還させることができる。

（助成金の使用制限）

第８条　助成金は交付を受けた者が研究に要する経費についてのみ使用できる。

（成果の報告）

第９条　助成金を受けた者は、会長に年度末までに所定の報告書を提出する。また、看護系および関連学会等に口頭・示説発表あるいは投稿をしなければならない。

（助成審査）

第 10 条　助成金の交付については、看護研究助成委員会で審査をする。

（雑　　則）

第 11 条　この規程に定めるもののほか必要事項は会長が別に定める。

（改　　定）

第 12 条　この規程の改定は、公益社団法人愛知県看護協会理事会の承認を得て会長が行う。

附　　則　　この規程は、平成15年12月18日から施行する。

附　　則　　この規程は、平成19年10月１日から施行する。

附　　則　　この規程は、平成24年4月１日から施行する。

公益社団法人　愛知県看護協会看護研究助成要領

１　趣　旨

この要領は、公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成規程に基づき、必要な事項を定める。

２　留意事項

（１）研究は個人及び２名以上の共同研究とする。

（２）共同研究は、異なる施設のものでもよい。

（３）他の助成金を受けている者及び過去に助成を受けたことのある者は応募できない。なお、共同研究者はこの限りではない。

３　助成に関する金額と使途

助成申請額および助成額は、１件当たり 20 万円以内とする。

また、助成金の使途については、直接研究にかかわる経費のみとする。

＜例　示＞

物品費：研究に必要な物品を購入するための経費

人件費・謝金：研究への協力（資料整理、実験補助、翻訳・校閲、専門的知識の提供、アンケートの配付・回収、研究資料の収集、データ入力等）をする者にかかる人件費・謝金等

旅　費：研究代表者、研究分担者、その他研究への協力をする者の出張（資料収集、各種調査、研究の打合せ、研究の成果発表等）のための経費（交通費・宿泊費）

その他：上記のほか当該研究を遂行するための経費（印刷費、複写費、現像・焼付費、通信費、運搬費等）会議費（会場借料費等）レンタル料（コンピュータ、自動車、実験機器・器具等）研究成果発表費用（学会誌投稿料、研究成果広報用パンフレット作成費用等）

４　応募方法

（１）募集方法　公益社団法人愛知県看護協会から各施設に通知する。

（２）募集期間　毎年 12 月 1 日から翌年 1 月 14 日（必着）までとする。

５　選考方法

（１）助成金の申請書は、看護研究助成委員会において審査選考する。また、申請者に対して研究内容等について照会することもある。

（２）看護研究助成選考において、臨地での実践者の研究を優先して採択する。

６　決定通知

助成金の決定通知は、研究責任者に応募年度の３月末日までに文書で連絡する。

７　交付方法

助成金の交付は個人名義あてとする。

８　助成期間と成果の報告

（１）研究期間は原則として、当該年度４月から３月末日までの１年間とする。但し、やむを得ず研究期間を延長する場合は、所定の「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究期間延長願」を提出する。

（２）助成金の使用期間は、助成を受けた年度限りとする。

（３）助成決定後の義務は、次のとおりとする。

ア　助成決定後は、別紙「研究計画書」に基づき研究を実施し、「公益社団法人愛知県看護協

会看護研究助成研究報告書・会計報告記載の手引き」に従い、研究完了の報告及び収支報告を提出する。

イ　上記報告書の提出期限は、助成年度の３月末日とする。

ウ　当該年度中に使用できなかった助成金の残額の返還については、助成年度の翌年度の４月 10 日までとする。

エ　成果物は、看護協会が開催する学会及び看護系の学会等に口頭・施設発表あるいは紙上発表する。なお、学会等への発表時は、愛知県看護協会看護研究助成を受けたことを明記する。

オ　助成を受ける者は、翌年度中に発表を終了しなければならない。やむを得ず、さらに遅れる場合は、翌年度１月末日までに所定の「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究発表延長願」を提出し、承認を受けなければならない。

カ　学会発表後は、「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成学会報告届書」を提出する。

キ　発表が翌年になった場合も、発表後速やかに「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成学会報告届書」を提出しなければならない。

９　その他

（１）研究発表の終了したものについては、毎年、研究助成委員会で「愛知県看護協会看護研究助成報告論文集」を作成する。

（２）「愛知県看護協会看護研究助成報告論文集」に掲載した論文で、研究者が承諾した論文に関しては、愛知県看護協会ホームページに論文を掲載する。

（３）独創的で、優秀な研究については、モデル研究として、愛知県看護学会で発表する。

（４）提出された書類は返却しない。

附　　則　　この要領は、平成 16 年 10 月 22 日から施行する。

附　　則　　この要領は、平成 19 年 10 月 1 日から施行する。

附　　則　　この要領は、平成 21 年 12 月 1 日から施行する。

附　　則　　この要領は、平成 22 年 12 月 1 日から施行する。

附　　則　　この要領は、平成 24 年４ 月 1 日から施行する。

附　　則　　この要領は、令和 2 年 11 月 1 日から施行する。

公益社団法人　愛知県看護協会
看護研究助成金交付申請書記入の手引き

1　公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成金の交付を申請される方は、公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成金交付申請書（以下申請書）記入の手引きをご参照の上、申請書を作成してください。

記入上の留意事項

1) 申請は､｢公益社団法人 愛知県看護協会 看護研究助成金交付申請書｣(様式１)を提出する。

2) 申請書には、以下のことを記入する。

① 愛知県看護協会会員番号

② 所属施設の正式名称・所属施設の所在地・氏名・自宅住所・電話番号等

なお、所属施設とは、所属する病院名及び在籍する大学院名をいう。両方に関わる場合には所属施設欄の 2 か所に記載する。

③ 共同研究者の所属施設名・職名・氏名

④ 研究課題（研究テーマ・サブテーマ)、またテーマとした理由を簡潔に記入

⑤ 研究目的は、先行研究等の状況を踏まえ具体的に記入、また記入するスペースが不足した時はコピーをして添付

⑥ 研究計画は、別紙を使用し、具体的にタイムスケジュールも記入（総数３～５枚まで）

⑦ 本研究に関連するこれまでの成果についての説明を記入

⑧ 推薦者の所属施設名・職名・氏名・所属施設の所在地（記載順を変更しています）

⑨ 本研究の予算額は、1 件当たり 20 万円以内である。

当該研究にかかわる物品、人件費・謝金、旅費、その他（｢公益社団法人　愛知県看護協会看護研究助成要領」３　助成金額と使途　参照）をできるだけ詳細に記入

記入例を参照し、算出根拠も明示する。

（記入例）

物　品	人件費・謝金	旅費	その他	合計金額
ソフトウェア（含バージョンアップ）60,000 USB(4G)3 本組 3,000 書籍 8,000	アルバイト研究補助員の人件費（時給 1,000 × 5h × 5 日）25,000 被験者への謝金(300 円×100 人) 30,000	学会参加旅費(東京)宿泊含む 30,000	通信費（切手 82 円×100 人×2）16,400 アンケート印刷費 10,000 学会投稿料 5,000 学会参加費 10,000	197,400 円
計 71,000 円	計 55,000 円	計 30,000 円	計 41,400 円	

2　申請書の受付

1) 申請書は原本を提出する。

2) 送付時の注意：簡易書留にて郵送する。

3) 送付先

〒466-0054

名古屋市昭和区円上町 26 番 18 号
公益社団法人　愛知県看護協会
看護研究助成申請係宛
TEL(052)871-0711　　FAX(052)871-0757

令和 2 年 11 月 1 日改訂

資料１

公益社団法人　愛知県看護協会　看護研究助成研究報告書執筆方法

【執筆方法】

1　原稿は、Ａ４用紙　40 字、40 行、上下余白 30mm、左右余白 25mm

＊８枚程度にまとめる。（資料を含む）

＊ローマ数字の項目から次の項目へ移るときは１行空ける。

＊表紙・外枠・ページ付けは不要である。

2　字体はすべて明朝体とする。（ただし資料はそれに限らない）

3　テーマ記載について

1）公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書　を文頭に入れる。（12 ポイント）

2）表題はセンター寄せとし、長い場合は適当なところで折り返す。　（16 ポイント）

3）氏名は研究者と共同研究者を区別するため、研究者氏名の前に〇印をつける。研究者・共同研究者の所属を記入し、文頭を揃えて右寄せで記入する。（10.5 ポイント）

4　本文について

1）文献まですべて 10.5 ポイントとする。

2）項目立ては原則として以下の通りとする。

Ⅰ．はじめに　Ⅱ．研究目的　Ⅲ．研究方法　Ⅳ．結果　Ⅴ．考察　Ⅵ．結論

謝辞　付記　文献

＊謝辞・付記・文献は項目数字を付与しない。

3）項目立てに使う数字について

大項目から順に　Ⅰ→　1→　1）→（1）→ｉとする。

＊大項目（ローマ数字）は次の項目へ行くときに１行空ける。小項目は空けない。

4）Ⅱ．研究方法に、研究デザイン・研究対象者・研究期間・方法・倫理的配慮・用語の定義の内容を記載する。

＊研究倫理審査の結果、倫理審査番号が付与されている場合は倫理的配慮の中で記載する。

＊用語の定義は、必要に応じて記載する。

＊その他研究方法で記載したほうが良いと判断されたものがある場合は追加してよい。

5）結果・考察・結論（まとめ）についての記載方法は研究者に任せる。

6）謝辞：研究協力者や対象者・指導者への謝辞などの記載の後、愛知県看護協会の研究助成金を受けたことを記載する。

7）付記：この研究を発表する学会が決定していれば記載する。

8）文献について

(1)文献は引用順に番号をつけ、本文引用箇所の右肩に 1)、2)などで示し、本文原稿の最後に一括して引用番号順に記載する。

(2)雑誌・単行本・訳本などは、「日本看護学会論文集投稿規程　文献の記載方法」に準じる。

(3)インターネットからの文献は URL と最終アクセス日を記載する。

5　図表について

図・表・写真は、図 1、表 1、写真１と番号をつけ、本文内に挿入または本文の後に一括する。ただし、白黒印刷で判別できる表記をする。

＊報告論文集は、提出された状態で製本されます。

6　提出について

原稿は原本 1 部とコピー1 部を提出する。また、報告論文集作成のため、最終原稿提出の電子媒体は、Microsoft Word と PDF の双方を作成し、メールで送付する。

〔報告書記載例〕

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

12 ポイント
センター寄せ

○○○○に関する研究

16 ポイント
センター寄せ

＊（1 行空ける）

○愛知花子　（高辻病院）
東海太郎　（高辻クリニック）

右寄せ

＊（1 行空ける）

文頭を揃える

Ⅰ．はじめに

＊（文末から次の項目へ 1 行空ける）

Ⅱ．研究目的

＊（文末から次の項目へ 1 行空ける）

Ⅲ．研究方法

研究対象者・研究期間・方法・倫理的配慮・用語の定義、その他必要項目

＊小項目は必要に応じて記載内容を追加あるいは削減してください。記載順も必要に応じて変更可能です。

＊（文末から次の項目へ 1 行空ける）

Ⅳ．結果

＊（文末から次の項目へ 1 行空ける）

Ⅴ．考察

＊（文末から次の項目へ 1 行空ける）

Ⅵ．結論（まとめ）

＊（文末から次の項目へ 1 行空ける）

謝辞

＊（文末から次の項目へ 1 行空ける）

付記

＊（文末から次の項目へ 1 行空ける）

文献

＊不明な点は愛知県看護協会看護研究助成申請担当まで、問い合わせて下さい。

令和 2 年 11 月 1 日改訂

公益社団法人　愛知県看護協会
看護研究助成研究報告書・会計報告記載の手引き

1　公益社団法人　愛知県看護協会研究助成研究報告・会計報告の提出

1) 公益社団法人　愛知県看護協会研究助成研究報告・会計報告等は記載の手引きを参照の上、当該年度３月末日までに提出する。

2) 当該年度３月末日までに研究報告書を提出できないときは、当該年度１月末日までに「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究期間延長願」（様式４）を提出する。

3) 翌年度３月末日までに研究発表が終了できないときは、翌年度１月末日までに「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究発表延長願」（様式５）を提出する。

研究報告書

1) 研究報告書は、「公益社団法人　愛知県看護協会看護研究助成研究報告書執筆方法」（資料１）に従い記載し提出する。

2) 学会発表報告については、「公益社団法人　愛知県看護協会看護研究助成　学会報告届書」（様式３）を提出する。

会計報告

1) 会計報告は、「公益社団法人　愛知県看護協会看護研究助成金会計報告」（様式２）を提出する。

2) 必要な項目を記入し、一覧表を作成する。

（「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成要領」３　助成金額と使途　参照）

収入（助成金）・物品・人件費・謝金および旅費・その他

収　　入（助成金）	物　　品	人件費・謝金	旅費	その他
計　　円	計　　円	計　　円	計　　円	計　　円
合計　　円	支出合計（残高）			

3) 当該年度中に使用できなかった助成金の残金の返還については、報告書提出時あるいは助成年度翌年度の 4 月 10 日までとする。

4) 領収書はすべてのり付けし添付する。

2　公益社団法人愛知県看護協会研究助成研究報告書・会計報告送付先

1) 送付時の注意：簡易書留にて郵送する。

2) 送付先

〒466-0054

名古屋市昭和区円上町 26 番 18 号

公益社団法人　愛知県看護協会

看護研究助成研究報告書係宛

TEL(052)871-0711　　FAX(052)871-0757

令和 2 年 11 月 1 日改訂

様式１

申し込み受付番号（※　　）

令和　　年度　公益社団法人　愛知県看護協会

看護研究助成金交付申請書

公益社団法人　愛知県看護協会　　愛知県看護協会会員番号（　　）

<table>
<tr><td rowspan="2">申込者
（グループの場合は代表者）</td><td colspan="2">（所属施設）
（教育機関）</td><td>ふりがな
氏　名</td><td colspan="2"></td><td>年齢
歳</td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="2">〒
TEL（　　）　　－
e-mail:</td><td>自宅住所</td><td colspan="2">〒
TEL（　　）　　－
e-mail:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">共同者</td><td colspan="2">所属施設名</td><td>職　名</td><td>共同者氏名</td><td>所属施設名</td><td>職　名</td><td>共同者氏名</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="8">研究課題</td></tr>
<tr><td colspan="8">研究目的</td></tr>
<tr><td colspan="8">研究計画書　　※計画書は別紙に記入すること
①研究計画書は詳細に記入すること
②タイムスケジュールもあわせて記入すること</td></tr>
<tr><td colspan="8">本研究に関連するこれまでの成果</td></tr>
<tr><td rowspan="3">本研究の予算額</td><td colspan="7">費　　用　　内　　訳</td></tr>
<tr><td>物　　品</td><td>人件費・謝金</td><td colspan="2">旅費</td><td>その他</td><td colspan="2">合計金額</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>計　　円</td><td>計　　円</td><td colspan="2">計　　円</td><td>計　　円</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">推薦者</td><td colspan="2">所属施設</td><td>所在地</td><td colspan="4">〒
TEL（　　）　　－</td></tr>
<tr><td colspan="2">職名</td><td>氏名</td><td colspan="4">印</td></tr>
</table>

令和２年 11 月１日改訂

別紙

申し込み受付番号（※　　）

研　究　計　画　書

研究者氏名（　　）

項　　目	内　　容
1　研究課題	
2　対　　象	
3　期　　間	
4　場　　所	
5　行動計画 ※ 具体的にタイムスケジュールも記入	
6　必要な資源	
7　倫理的配慮について	
8　その他	
《課題達成の評価方法》	

公益社団法人　愛知県看護協会

様式２

令和　　年度　公益社団法人　愛知県看護協会
看護研究助成金　会計報告

研究者氏名（　　）

収　　入（助成金）	物　　品	人件費・謝金	旅費	その他
計　　円	計　　円	計　　円	計　　円	計　　円
合計　　円	支出合計（残高）			円

※報告は助成年度３月末日までに提出すること。

公益社団法人愛知県看護協会

様式３

公益社団法人　愛知県看護協会
看護研究助成　学会報告届書

令和　　年　　月　　日

（ふりがな） 研究者氏名	（　　）
所属施設名	
共同研究者氏名 （所属施設名）	
学会発表テーマ	
発表学会名 （発表予定学会名）	
学会開催日程	
学会開催場所	
学会主催名	
学会連絡先	
研究報告書提出期日	
愛知県看護協会ホームページへのＰＤＦによる論文掲載の同意	同意する　　同意しない

※発表予定学会が決定していない場合は、未定でこの用紙を提出し、決定後速やかに提出して下さい。
２年以上の延長は認められません。

公益社団法人　愛知県看護協会

様式４

申し込み受付番号（※　　）

令和　　年度　公益社団法人　愛知県看護協会

看護研究助成研究期間延長願

公益社団法人　愛知県看護協会　　愛知県看護協会会員番号（　　）

申込者（グループの場合は代表者）	所属施設（職名）	（　　）	ふりがな 氏　名		年齢 歳
	所在地	〒 TEL（　　）　　－ FAX（　　）　　－ e-mail:	自宅住所	〒 TEL（　　）　　－ FAX（　　）　　－ e-mail:	

共同者（ｸﾞﾙｰﾌﾟの場合）	所属施設名	職　名	共同者氏名	所属施設名	職　名	共同者氏名

研究テーマ

研究延長期間

期間延長理由

様式５

申し込み受付番号（※　　）

令和　　年度　公益社団法人　愛知県看護協会

看護研究助成研究発表延長願

公益社団法人　愛知県看護協会　　愛知県看護協会会員番号（　　）

<table>
<tr><td rowspan="2">申込者
（グループの場合は代表者）</td><td>所属施設
（職名）</td><td colspan="2">（　　）</td><td>ふりがな
氏　名</td><td colspan="2"></td><td>年齢
歳</td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="2">〒
TEL（　　）　　－
FAX（　　）　　－
e-mail:</td><td>自宅住所</td><td colspan="3">〒
TEL（　　）　　－
FAX（　　）　　－
e-mail:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">共同者
(ｸﾞﾙｰﾌﾟの場合)</td><td>所属施設名</td><td>職　名</td><td>共同者氏名</td><td>所属施設名</td><td>職　名</td><td colspan="2">共同者氏名</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="8">研究テーマ</td></tr>
<tr><td colspan="8">発表延長期間</td></tr>
<tr><td colspan="8">発表延長理由</td></tr>
</table>

令和元年度

愛知県看護協会看護研究助成報告論文集

看護研究助成委員会

■委員長	井野恭子
■委員	早瀬良
	山本陽子
	富田元
	西尾里美
	大矢早苗

令和元年度愛知県看護協会看護研究助成報告論文集

令和3年3月発行

編集・発行・印刷　公益社団法人 愛知県看護協会

〒466-0054　愛知県名古屋市昭和区円上町26番18号

TEL.052-871-0711